

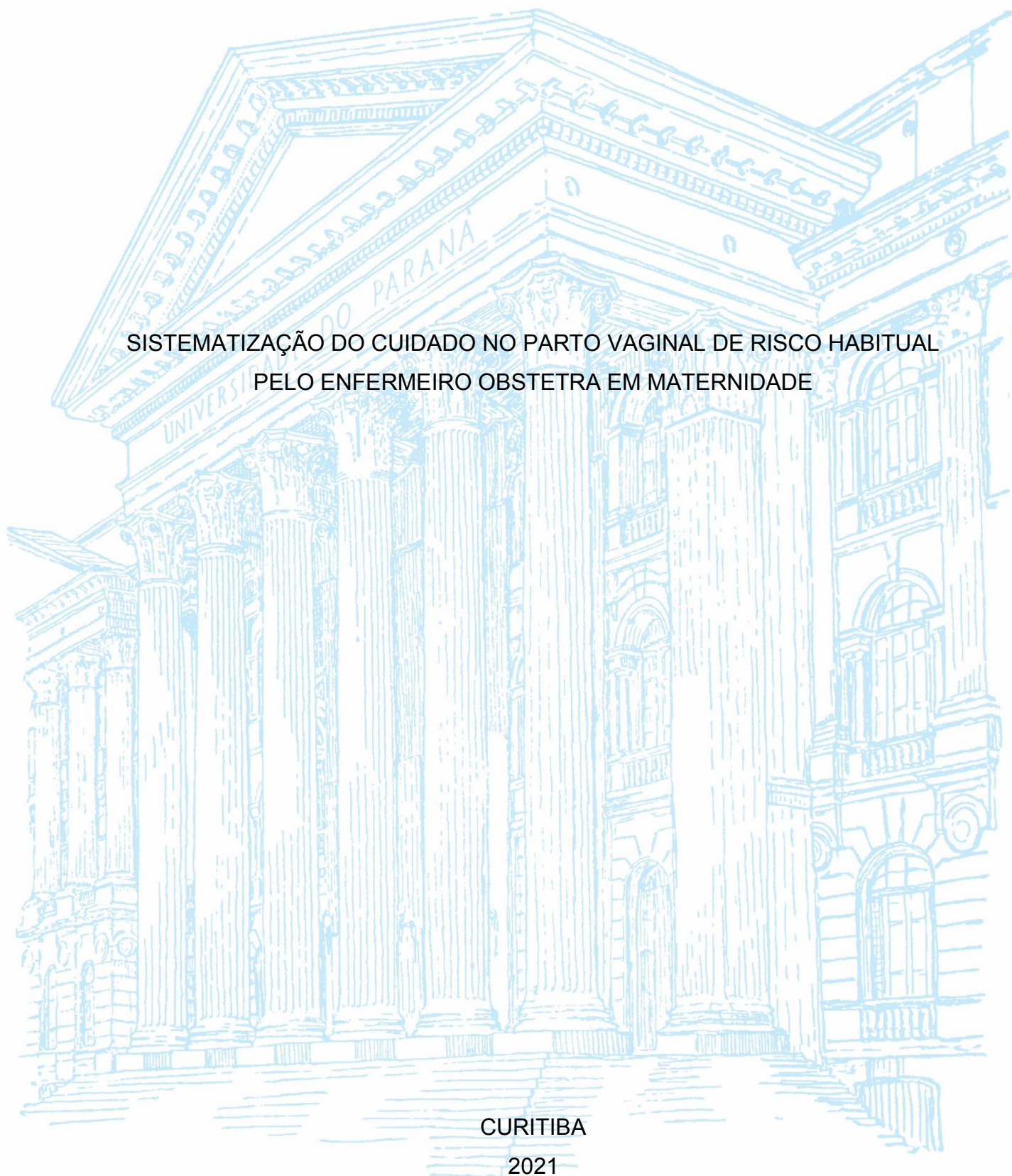
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CAROLINE SAMPAIO FRANCO

SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO NO PARTO VAGINAL DE RISCO HABITUAL
PELO ENFERMEIRO OBSTETRA EM MATERNIDADE

CURITIBA

2021



CAROLINE SAMPAIO FRANCO

SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO NO PARTO VAGINAL DE RISCO HABITUAL
PELO ENFERMEIRO OBSTETRA EM MATERNIDADE

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do grau de mestre em Enfermagem, no programa de Pós-graduação em Prática do Cuidado em Saúde, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Profa. Dra. Tatiane Herreira Trigueiro

CURITIBA
2021

Franco, Caroline Sampaio

Sistematização do cuidado no parto vaginal de risco habitual pelo enfermeiro obstetra em maternidade [recurso eletrônico] / Caroline Sampaio Franco – Curitiba, 2021.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2021.

Orientadora: Profa. Dra. Tatiane Herreira Trigueiro

1. Enfermagem obstétrica. 2. Protocolo. 3. Assistência ao parto. I. Trigueiro, Tatiane Herreira. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 618.20231

Maria da Conceição Kury da Silva CRB 9/1275



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PRÁTICA DO CUIDADO EM SAÚDE - 40001016073P0

1 TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PRÁTICA DO CUIDADO EM SAÚDE da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **CAROLINE SAMPAIO FRANCO** intitulada: **Sistematização do cuidado no parto vaginal de risco habitual pelo Enfermeiro Obstetra em maternidade**, sob orientação da Profa. Dra. TATIANE HERREIRA TRIGUEIRO, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 01 de Julho de 2021.

Assinatura Eletrônica

06/07/2021 09:37:21.0

TATIANE HERREIRA TRIGUEIRO
Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

05/07/2021 17:02:39.0

MÁRCIA TELES DE OLIVEIRA GOUVEIA
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI)

Assinatura Eletrônica

05/07/2021 10:02:08.0

MARILENE LOEWEN WALL
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Dedico esta dissertação a todos os colegas de profissão que mesmo diante de uma pandemia e da correria do dia a dia, não hesitaram em participar das oficinas e colaborar com a construção desse protocolo assistencial, a fim de contribuir com nossa autonomia, visibilidade e melhoria da assistência às mulheres em processo de parturição.

AGRADECIMENTOS

A Deus (Oxalá), a toda espiritualidade e a todos os meus guias espirituais por me dar sustentação, proteção e firmeza para seguir essa caminhada.

À minha família que é toda a minha sustentação. Em especial a minha mãe Fátima Sampaio, a mulher mais forte que conheço, minha inspiração como mulher, mãe, profissional e ser humano e que em todos os momentos me incentivou a estudar, crescer e ser a melhor naquilo que faço. Não existem palavra que possa descrever o meu amor por você, gratidão por me aceitar como sua filha e me amar do jeitinho que sou. À minha filha Maria Eduarda, meu coração fora do peito, obrigada por me permitir ser sua mãe nessa vida, por ser tão sábia, por me incentivar todas as vezes que pensei em desistir, por entender a correria e as ausências. Ao Jayson, que por 18 anos esteve ao meu lado me incentivando, cuidando de nossa filha para que eu pudesse estudar e que por muitas vezes não me deixou desistir, estaremos sempre junto, mesmo que separados. Aos meus irmãos Guilherme, Marina e Edmar Júnior pelo amor, cuidado e incentivo. E à toda minha família, meus tios e tias, primos que sempre estão presentes vibrando com cada conquista.

À minha orientadora Profa. Dra. Tatiane Herreira Trigueiro, um verdadeiro anjo em minha vida. Palavras não são suficientes para expressar todo meu amor e gratidão. Nos momentos mais difíceis você estava ali com um olhar amoroso e uma palavra amiga de incentivo, em nenhum momento você duvidou que eu seria capaz e quando estava cansada a ponto de desistir de tudo foi você quem me levantou e disse: “estamos juntas, vai dar tudo certo, ninguém solta a mão de ninguém”. Sou muito grata a Deus por ter você em minha vida e ainda poder chamá-la de amiga.

Às professoras que fazem parte da minha banca de avaliação Profa. Dra. Márcia Teles, a qual tenho uma profunda admiração e estima desde os tempos da residência e às Profa. Dra. Marilene Loewen Wall, Profa. Dra. Herla, Profa. Dra. Silvana Regina Rossi Kissula Souza por aceitarem o convite, pela disponibilidade de tempo para leitura e por contribuírem com o aprimoramento deste estudo, minha gratidão e admiração.

Ao Complexo Hospital de Clínicas do Paraná pela oportunidade de realização desse estudo. À UMI nas pessoas das enfermeiras Denise, Letícia e Marcelexandra pela autorização, apoio e incentivo.

A todos os colegas enfermeiros obstetras do CCOG que participaram desse estudo, que disponibilizaram seu tempo para me ajudar na construção desse protocolo, pela confiança, amizade e incentivo. Em especial aos amigos da Maternidade Vitor Ferreira do Amaral: Soliane, Larissa, Itana e Fábio que sonharam comigo e sempre estavam ali com a frase “estou aqui para o que você precisar”

Ao Programa de Pós-graduação em prática do cuidado em saúde da UFPR, em especial a todos os docentes que dividiram seus conhecimentos e nos incentivaram durante todo o percurso.

Ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) por promover a oportunidade de aperfeiçoamento aos profissionais de enfermagem através da oferta do mestrado profissional em parceria com a CAPES.

Ao grupo de pesquisa NEPECHE pela troca de conhecimentos e de experiências, cada uma com suas vivências e correrias das atividades cotidianas, mas sempre disponíveis para trocar ideias, apoiar e incentivar.

Às mestrandas da turma 2019-2021 pelos momentos compartilhados de medos, incertezas, angustias e alegrias. Vocês são mulheres fortes e incríveis e agradeço a honra de tê-las conhecido.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água
no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”
(Madre Teresa de Calcutá)

RESUMO

Introdução: O modelo médico da obstetrícia vem sendo discutido nas últimas décadas, passando pelo modelo humanizado de assistência à gestação e ao parto e com perspectivas para um atendimento holístico. No Brasil, a partir dos anos 2000 movimentos, políticas e programas vêm sendo desenvolvidos a fim de diminuir as altas taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal. E ainda defender uma prática obstétrica segura, baseada em conhecimento científico. Desde então, por meio de protocolos e programas, o Ministério da Saúde brasileiro tem buscado também aprimorar a assistência com a formação e incentivo aos enfermeiros obstetras, principalmente, daqueles que atuam na assistência direta a mulher em processo de parturição. Para tanto, apesar das resoluções e leis que orientam a prática profissional, faz-se necessário que estes tenham, além do respaldo legal, um respaldo institucional para o exercício de suas funções, através de normas e rotinas, estabelecidos por meio de protocolos. Assim, emergiu a seguinte pergunta de pesquisa: Como sistematizar a atuação do Enfermeiro Obstetra frente ao parto vaginal de risco habitual em Centro Obstétrico? **Objetivo:** Elaborar um protocolo assistencial para atendimento ao parto vaginal de risco habitual pelo Enfermeiro Obstetra em Centro Obstétrico em uma maternidade de Curitiba, Paraná. **Metodologia:** Para delineamento metodológico, utilizou-se a Pesquisa Convergente Assistencial proposto por Trentini e Paim, realizada em um Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico de um hospital universitário localizado no Sul do Brasil, no período de novembro de 2020 a junho 2021. Contou com a participação de 15 enfermeiros obstetras que atuam diretamente ao atendimento ao processo de parturição. A coleta dos dados se deu por meio da realização de um curso assíncrono sobre as boas práticas de atenção ao parto e nascimento e de oficinas temáticas síncronas com apoio de um roteiro norteador e utilizou-se nessa etapa o processo denominado Quatro Erres. Para análise dos dados foram seguidos os passos da Análise de Conteúdo do tipo temática proposta por Bardin e foi apoiada pelo uso do software de análise qualitativa o webQDA. **Resultados:** foram construídos dois produtos, o curso remoto assíncrono sobre as boas práticas de atenção ao parto e o “Protocolo para assistência ao parto vaginal de risco habitual pelo Enfermeiro Obstetra em centro obstétrico”. A partir da análise das oficinas emergiram duas categorias: Repensar na atuação e autonomia da prática assistencial e A necessidade de protocolos aliado à prática baseada em evidências para a prática do cuidado. Foi possível evidenciar que os enfermeiros obstetras que atuam na assistência direta à mulher no processo de parturição, tem clareza de sua atuação e dos limites desta, valorizam também o trabalho em equipe multiprofissional, oferecem assistência à parturiente baseada nas últimas evidências científicas assim como incentivam a inserção das práticas integrativas e complementares. **Considerações finais:** Este estudo evidenciou como os enfermeiros obstetras que atuam neste centro obstétrico buscam por melhorias da assistência para as mulheres, de sua autonomia e protagonismo. E tem necessidade de protocolos para guiar a prática profissional do EO que assiste parto de risco habitual.

Palavras-chave: enfermagem obstétrica; protocolo de enfermagem; assistência ao parto.

ABSTRACT

Introduction: The medical-led model of obstetric care has been discussed in recent decades, including the humanized model of care during pregnancy and childbirth and with perspectives for a holistic care. In Brazil, since the 2000s, movements, policies and programs have been developed in order to not only reduce the high rates of maternal and perinatal morbidity and mortality, but also defend a safe obstetric practice, based on scientific knowledge. Since then, through protocols and programs, the Brazilian Ministry of Health has been seeking the improvement of care by training and encouraging Obstetric Nurses, especially, those who work in direct assistance to women during the parturition process. For this purpose, despite the resolutions and laws that guide professional practice, it is necessary that they have, in addition to legal support, an institutional support for the exercise of their duties, through rules and routines, established through protocols. Thus, the following research question emerged: How to systematize the role of the Obstetric Nurse in normal-risk vaginal births in an Obstetric Center? **Objective:** Develop a clinical protocol for normal-risk vaginal births assisted by Obstetric Nurses in an Obstetric Center in a Maternity Hospital in Curitiba, Paraná. **Method:** The methodological design used was the Convergent Care Research proposed by Trentini and Paim performed in an Obstetric and Gynecological Surgical Center of a University Hospital located in southern Brazil, from November 2020 to June 2021. Fifteen Obstetric Nurses who work directly in the parturition process participated in the study. The data collection took place through an asynchronous course on good practices in childbirth care and synchronous thematic workshops with the support of a script, and during this stage it was used the process called 4Rs. Data analyses were based on content analysis proposed by Bardin and to support the analysis of qualitative data the webQDA software was used. **Results:** two products were built: the asynchronous remote course on good practices in childbirth care and the "Protocol for assistance in normal-risk vaginal births by the Obstetric Nurse in an Obstetric Center". From the analysis of the workshops, two categories emerged: Rethinking the role and autonomy of care practice and the need for protocols combined with evidence-based practice for the practice of care. It was possible to point that the Obstetric Nurses who work in direct assistance to women in the parturition process, are fully aware of their role and its limits, they also value multidisciplinary teamwork, offer current evidence-based assistance to the parturient woman, as well as encourage the inclusion of Integrative and Complementary Practices. **Final considerations:** This study showed how the Obstetric Nurses who work in the mentioned Obstetric Center seek to improve care for women, their autonomy and protagonism. It also showed that the Obstetric Nurses need protocols to guide their professional practices during the assistance in normal-risk vaginal births.

Key words: obstetric nursing; nursing care protocols; childbirth

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - NUVEM DE PALAVRAS MAIS REPETIDAS	57
---	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - FASES DA PCA NA PESQUISA	38
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

AC	- Alojamento Conjunto
AIH	- Autorização para Internação Hospitalar
CID	- Classificação Internacional das Doenças
CO	- Centro Obstétrico
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
CONITEC	- Comissão Nacional de Incorporações de Tecnologias
COREQ	- <i>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research</i>
CPA	- Acordo de Prática Colaborativa
CPN	- Centro de Parto Normal
D&T	- Comitê de Drogas e Terapêuticas
EO	- Enfermeiro(a) Obstetra
ICM	- <i>Internacional Confederation of Midwife</i>
MM	- Mortalidade Materna
MS	- Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
OPAS	- Organização Pan-Americana da Saúde
PA	- Pronto Atendimento
PAISM	- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	- Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PNAISM	- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Mulher
RC	- Rede Cegonha
RN	- Recém-Nascido
SAE	- Sistematização da Assistência de Enfermagem
SIM	- Sistema de Informação sobre Mortalidade
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
VO	- Violência Obstétrica

SUMÁRIO

1 TERMO DE APROVAÇÃO	4
2 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA.....	15
3 INTRODUÇÃO	18
2.1 OBJETIVOS	22
2.1.1 Objetivo geral	22
2.1.2 Objetivos específicos.....	23
4 REVISÃO DE LITERATURA	24
5 MATERIAL E MÉTODOS	36
4.1 TIPO DE ESTUDO	36
4.1.1 Fase de concepção	39
4.1.2 Fase de instrumentação	39
4.1.2.1 Espaço físico da pesquisa	39
4.1.2.2 Participantes da pesquisa.....	40
4.1.2.3 Negociação da proposta.....	41
4.1.2.4 Instrumentos e técnicas de coleta de dados.....	42
4.1.3 Fase de Perscrutação.....	45
4.1.4 Fase de Análise.....	45
4.2 ASPECTOS ÉTICOS.....	47
6 RESULTADOS.....	48
6.1 PROTOCOLO COMO OPORTUNIDADE PARA REPENSAR NA ATUAÇÃO E AUTONOMIA DA PRÁTICA ASSISTENCIAL DO EO	48
6.2 A NECESSIDADE DE PROTOCOLOS ALIADO À PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS PARA A PRÁTICA DO CUIDADO	51
6.3 AMOSTRA DAS PALAVRAS MAIS FREQUENTES	56
7 DISCUSSÃO	58
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS.....	68
APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	75
APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	77
APÊNDICE 3 – GRUPO <i>WHATSAPP</i>®.....	81
APÊNDICE 4 – CRONOGRAMA DO CURSO	82
APÊNDICE 5 – CURSO SOBRE BOAS PRÁTICAS NO PARTO	83

APÊNDICE 6 - OFICINAS SÍNCRONAS	84
APÊNDICE 7 – CÓDIGOS ÁRVORES	85
APÊNDICE 8 – PROTOCOLO ASSISTENCIAL.....	86
ANEXO 1 – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA	123
ANEXO 2 –	
REGISTRO.....	1235

2 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA

Nascida em Teresina-PI, filha de mãe enfermeira e professora universitária, entrei para o curso de Enfermagem no ano de 2006, durante toda minha vida fui apaixonada pela profissão de enfermagem, tendo como referência minha mãe que, além de exercer suas atividades, sempre foi ativista pelas causas profissionais. Fez parte da diretoria do Conselho Regional de Enfermagem do Piauí e foi Conselheira Federal, sendo minha principal referência e meta de vida.

Durante a vida acadêmica na Faculdade Santo Agostinho em Teresina-PI, a qual ingressei no ano de 2006, ao passar pela disciplina de Saúde da mulher já me identifiquei com a mesma, o amor com o qual a professora atribuía à sua especialidade, o olhar sobre as mulheres que por muito tempo foram negligenciadas, o cuidar em todo ciclo de vida, a importância de estar presente, naquele que pode ser, o momento mais importante da vida de uma família, o processo de parto e nascimento e poder fazer a diferença para esta, foram alguns dos motivos que me levaram a ter maior interesse pela área de saúde da mulher.

Ao terminar a faculdade em agosto de 2010, três meses depois, fui atuar como enfermeira generalista em um Hospital Municipal situado no Interior do Piauí, na cidade de União. É de conhecimento de alguns as situações precárias em que atuam os profissionais da rede pública, e comigo não foi diferente, única enfermeira no plantão noturno, responsável pelas clínicas médica, cirúrgica, obstétrica, pediátrica e pronto atendimento (PA). Tenho gratidão pela experiência vivida, pois ali aprendi a me desenvolver como Enfermeira. Porém sentia que me faltava algo, não me sentia completa.

Em 2013 tentei entrar para o Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal do Piauí na maternidade de referência do Estado do Piauí, Maternidade Dona Evangelina Rosa, mas não consegui entrar nas vagas, porém aquilo era o que eu sentia bater forte o coração, então desistir nunca foi uma opção em minha vida. No ano seguinte fiz novamente a prova e tive êxito, então em março de 2014 iniciou o meu caso de amor com a obstetrícia durante a residência. Foram dois longos anos, com carga horária de 60 horas semanais, plantões diários, noturnos, finais de semana e mais de 200 assistências diretas ao parto. Posso dizer que foi a melhor escola profissional, além de aprender sobre conceitos e teorias, aprendi a ser uma profissional mais empática, ver a mulher, ver a família, sensibilizar-

me com a dor, emocionar-me com a emoção do outro. Contudo, ainda enquanto cursava esta, no ano de 2015, fui aprovada no concurso do Complexo Hospital de Clínicas do Paraná da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR) e fiquei no aguardo da convocação.

Concluído o curso em 2016 fiz um processo seletivo e fui trabalhar no programa de Residência do qual eu estava saindo, inicialmente como preceptora e em seguida como professora das disciplinas teóricas. Em seguida veio o convite para atuar no interior do Piauí, na cidade de Altos, como Enfermeira Obstetra (EO) em um centro de parto normal e em outro na capital, Teresina. Durante quase dois anos tive uma vida profissional ativa e extremamente gratificante. Deste então, adoto para a vida uma frase de um autor desconhecido: “Faça o que você ama e não trabalhará um só dia de sua vida”.

No ano de agosto de 2017 saiu a convocação do concurso do CHC-UFPR, então tive que tomar a decisão mais difícil de minha vida até o momento, deixar meus empregos, mudar para Curitiba, no Paraná, deixar minha mãe, avó, irmãos, amigos e a filha e marido temporariamente. Em setembro de 2017 me mudei para Curitiba para assumir o concurso no mês seguinte, em outubro, porém a posse foi adiada para janeiro de 2018.

No dia 02 de janeiro de 2018 comecei a trabalhar no CHC-UFPR, fui alocada na Maternidade Victor Ferreira no Amaral, como EO no PA e no Centro Obstétrico (CO) no período noturno. E para a minha surpresa me deparei com uma assistência do EO com autonomia reduzida, diferente da qual estava habituada na maternidade que anteriormente trabalhava, não obstante, não havia protocolos para respaldar e fortalecer sua atuação.

A partir da minha nova realidade de trabalho veio a inquietação e necessidade de contribuir no contexto no qual me vi inserida, buscando respaldo e fortalecimento na assistência do EO dessa maternidade. Em 2019 foi então Lançada uma Campanha denominada *Nursing Now* que objetivava dar autonomia e visibilidade aos profissionais de enfermagem. Surgindo a partir daí a ideia de contribuir com a campanha e valorizar os EO da maternidade.

No entanto, a partir de março de 2020 devido a situação de pandemia por COVID-19, o espaço físico da maternidade de risco habitual passou a receber pacientes acometidas por este vírus e os profissionais foram realocados em conjunto

com a maternidade de alto risco do complexo hospitalar, esta então, passou a atender as duas demandas.

Na maternidade em questão, faltam protocolos que estabeleçam e normatizem a assistência de Enfermagem dos EO, principalmente no que diz respeito à assistência direta ao parto vaginal de baixo risco. Esses protocolos dão, não só embasamento para suas atribuições, como respaldo ético e legal no desempenho de suas funções, dessa forma resguardando os Enfermeiros da maternidade. Essa era a vivência que eu tinha nas três maternidades onde atuei no Piauí, estas possuíam um protocolo estabelecido no qual constavam, além de nossa atribuição, medicações que poderiam ser prescritas pelo EO, procedimento de competência do EO, situações na qual deveria ser discutido com o médico obstetra e as condutas a serem tomadas, entre outras normalizações.

Concomitante ao trabalho de EO surgiu a oportunidade para ser docente em uma faculdade privada localizada também em Curitiba, Paraná, e ministrar a disciplina de Enfermagem na Saúde da Mulher. Nesse momento emergiu em mim a necessidade de aprimoramento profissional na área de ensino e pesquisa, outro projeto que já estava em mente, porém sendo protelado; e em agosto de 2019 me inscrevi para o processo de seleção e fui aprovada para o Mestrado Profissional em Enfermagem da UFPR. A linha de pesquisa na qual estou inserida é o Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem, fazendo parte do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem (NEPECHE), tendo como orientadora a Professora Doutora e EO Tatiane Herreira Trigueiro.

Nesse momento, emergiu a oportunidade de resolver minha inquietação com relação à assistência do EO da maternidade na qual trabalho, tendo em vista que o mestrado exige como trabalho de conclusão a apresentação de um produto vinculado à instituição de atuação, assim, propõe-se a criação de um Protocolo para assistência ao parto vaginal de risco habitual pelo Enfermeiro Obstetra em Centro Obstétrico.

3 INTRODUÇÃO

A história do parto e nascimento vem ao longo do tempo sofrendo mudanças significativas. Até o século XIX o parto era visto como algo natural, voltado à mulher e família, e quase que exclusivo às parteiras, a partir do século XX se observa uma mudança gradual, tornando-se uma prática medicalizada, institucionalizada e com alto índice de intervenção (POSSATI et al, 2017).

As primeiras mudanças na história do parto datam do século XVIII, com o surgimento da disciplina da Nova Obstetrícia. Os médicos passam a se interessar pelos mecanismos do parto e as mulheres passam a ser incentivadas a permanecerem deitadas durante o trabalho de parto, para facilitar observações, dessa forma, surgindo a posição supina. Porém o trabalho de parto muitas vezes não ocorriam como esperado, necessitando de intervenções. Nesse momento começam a surgir o uso de fórceps, episiotomia, e cirurgias, como a cesariana (SABATINO, 2014).

Como consequência destas mudanças, um novo protocolo médico começa a ser gradualmente criado e implantado, até sua completa inserção na medicina ocidental, onde o parto, que era tido como evento fisiológico, familiar e social, torna-se um procedimento médico, sendo visto como uma patologia, na qual o risco de complicações se tornou a regra e não a exceção. Nesta abordagem médica buscava-se uma regularidade daquele evento como princípio para obstetrícia, sendo descartada a singularidade de cada mulher (MAIA, 2010).

Entretanto, somente nas últimas décadas, este modelo médico da obstetrícia vem sendo discutido, dando ênfase a um modelo mais humanizado de assistência à gestação e ao parto (PIMENTEL et al., 2018). Em 1985 a Organização Mundial da Saúde (OMS) lança o documento *“Appropriate Technology for Birth”* no qual critica o modelo medicalizado de assistência ao parto e o uso de intervenções como rotina (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 1985).

Após o documento da OMS, na década de 90, essas críticas se intensificam e se consolida então um movimento em prol da humanização do parto, que reivindica uma quebra de paradigma no atual modelo de assistência ao parto. No Brasil, o primeiro resultado deste movimento foi a portaria do Ministério da Saúde (MS), nº 569 de 1º de junho de 2000, onde instituiu-se o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000).

O PHPN tem como objetivo específico garantir melhorias na atenção à saúde das gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascido. Com isso o MS passou a concentrar esforços para diminuir as altas taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal. E ainda defender uma prática obstétrica segura, baseada em conhecimento científico, que garantisse à mulher o direito ao acesso nos serviços de saúde durante o pré-natal, bem como a sua vinculação com a maternidade onde aconteceria o parto, objetivando uma assistência digna, de respeito e segura, tendo um desfecho favorável à mãe e ao bebê (BRASIL, 2000).

Desde então, por meio de protocolos e programas, o MS brasileiro tem buscado aprimorar a assistência obstétrica às usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2011, foi lançada a Rede Cegonha (RC), com o objetivo de reforçar e resgatar ações que visam garantir um atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as gestantes ampliando a assistência qualificada desde o planejamento familiar, gravidez, pré-natal, parto e puerpério, cobrindo até os dois primeiros anos de vida da criança (BRASIL, 2011a).

De acordo com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), em 2015, o Brasil registrou 1.738 casos de morte materna, que engloba óbitos causados por problemas relacionados à gravidez ou ao parto ou ocorridos até 42 dias após o evento, em 2016 foram registradas 58 mortes para 100.000 nascidos vivos, já em 2017 esses números aumentaram para 64,5 óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos. Para o MS esses números são otimistas, tendo em vista que em 27 anos — de 1990 a 2017, a mortalidade materna sofreu uma redução de 55%. No entanto, esses números voltaram há uma situação alarmante, tendo em vista no ano de 2019 foram registrados 1.736 óbitos maternos (BRASIL, 2020).

E, apesar dos esforços da OMS e MS, ainda se observa altos índices de mortalidade materna e neonatal, assim como altas taxas de cesarianas no Brasil, o que evidenciam a necessidade de colocar em discussão o modelo de atenção obstétrica e neonatal hegemônico no país (BRASIL, 2017a).

A cesariana é outro fator preocupante para a saúde materna, no ano de 2016, o setor privado alcançou cerca de 88% e nos serviços públicos em torno de 43%, sem contar com o excesso de intervenções obstétricas, assim como o baixo uso de boas práticas na atenção ao parto. Esse excesso de intervenções revela que a taxa de prematuridade brasileira é praticamente o dobro da observada nos países europeus, sendo que esta pode estar associada a causas iatrogênicas, ou seja, retirada dos

bebês sem indicação por meio de cesarianas agendadas precocemente devido avaliação incorreta da idade gestacional (LEAL, 2016).

Cabe ressaltar que a taxa de cesariana recomendada pela OMS aos países é de 10% e 15%. No Brasil, entretanto, a ordem natural está invertida, em 2016, o SUS contabilizou 2.400.000 partos, destes, 1.336.000 foram pela via cesariana. Segundo dados da OMS, o país detém a segunda maior taxa de cesáreas do planeta com 55%, perdendo apenas para a República Dominicana, onde a taxa é de 56%, já em outros países, como a Europa, a taxa é de 25%, e nos EUA, 32,8%. A OMS faz um alerta da situação e ainda trata como uma "epidemia" (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE [OPAS], 2018).

Contudo, além da discussão sobre via de parto, faz-se necessário dar atenção aos modelos de atenção ao parto, estudo clínico randomizado intitulado *"Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women"*, obteve resultados que demonstram que modelos de atendimento ao parto realizado por *"midwife"* (no Brasil semelhante ao enfermeiro obstetra (EO) ou obstetriz) em gestantes e parturientes, apontam um menor número de intervenções, como amniotomia e episiotomia, e ainda uma maior probabilidade de ser assistida por *"midwife"* conhecida, o que conseqüentemente gera uma maior satisfação quanto aos cuidados prestados a estas mulheres, se comparado com outros modelos de assistência (SANDALL et al., 2016).

No Brasil, no ano de 2017, o MS propôs o Programa Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (ApiceOn). Esse programa visa qualificar e ampliar a atenção obstétrica e neonatal em hospitais de ensino, universitários ou que atuam como unidade auxiliar de ensino. O ApiceOn objetiva aprimorar o modelo de atenção ao parto, nascimento e abortamento, através da capacitação de profissionais e estudantes, qualificando as práticas de cuidado durante a formação desse profissional. E ainda, a formação, atenção e gestão da saúde materna e neonatal, baseada em evidência científica, tendo como proposta, difundir a atuação e formação dos EO, e ainda que os partos normais de risco habitual sejam assistidos por estes profissionais (BRASIL, 2017b).

Como medida de atualização e fortalecimento do modelo de atenção humanizada do parto no mundo, em fevereiro de 2018 a OMS publicou o documento *"Intrapartumcare for a positive childbirth experience"* listando novos princípios globais para o atendimento à gestante, visando a redução das altas taxas de cesáreas e de

intervenções desnecessárias. Este documento lista 56 recomendações baseadas em evidências, sobre quais cuidados são recomendados ou não durante o trabalho de parto e imediatamente depois (OPAS, 2018).

As recomendações nesta diretriz têm como objetivo auxiliar no desenvolvimento de informações nacionais, políticas de saúde locais e protocolos clínicos. Portanto, o público-alvo inclui formuladores de políticas de saúde pública local, profissionais envolvidos no planejamento e gerenciamento de serviços de saúde materno-infantil, gerentes de unidades de saúde, sociedades e aqueles que prestam assistência direta às gestantes e parturientes como parteiras, médicos e enfermeiros (OPAS, 2018).

Seguindo as recomendações da nova diretriz, no Brasil, tem-se o EO, profissional que pode atuar na assistência direta ao parto de risco habitual, tendo seu exercício profissional respaldado Lei do Exercício Profissional nº 7.498, mediante decreto regulamentador nº 94.406/87 e pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 524/2016. A função do EO é prestar uma assistência segura, autônoma e livre de danos. Dentre suas atribuições no campo da obstetrícia estão a realização do pré-natal, a internação hospitalar, a assistência ao parto de risco habitual, ou risco habitual, e a realização de cuidados ao recém-nascido em sala de parto. E ainda, a prestação de assistência à parturiente e ao parto normal, identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico e realização de episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestesia local quando necessária, dentre outras (COFEN, 2016a).

Assim, no atual panorama mundial da enfermagem, em abril de 2019 foi proposto pela OMS e pelo Conselho Internacional de Enfermeiras (ICN) um programa global denominado *Nursing Now*, que já vigora em 80 países, tendo como objetivos reconhecer o protagonismo e a excelência da Enfermagem, além de valorizar e dar destaque ao trabalho desses profissionais. Esse programa tem como meta principal, maximizar a contribuição da Enfermagem no enfrentamento aos desafios de saúde do século XXI (COFEN, 2019).

Associado ao programa *Nursing Now*, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a OMS marcam 2020 como o ano internacional de profissionais de enfermagem e obstetrícia. O marco comemorativo visa o reconhecimento do trabalho feito por enfermeiras, enfermeiros e parteiras em todo o mundo. A ideia é buscar

investimentos para esses profissionais, melhorando suas condições de trabalho, educação e desenvolvimento profissional (OPAS, 2019).

Diante desse cenário de busca de protagonismo e autonomia do EO, um estudo de revisão evidencia a realidade vivenciada por estes profissionais, ainda distante do ideal. O estudo traz a dicotomia entre a prática profissional e legislação. Na prática existem diversos fatores que dificultam ou impossibilitam a atuação dos EO, sendo as principais causas levantadas: resistência do profissional médico, falta de conhecimento e respeito à legislação e ao respaldo ético e profissional para atuarem, falta de apoio da instituição e precárias condições de trabalho (MAGALHÃES; TAFFNER, 2020).

E é nesse cenário que se busca fortalecer a Enfermagem Obstétrica no Brasil, e aproveitando esse momento ímpar pelo qual está sendo apoiada em âmbito mundial, tendo como foco a atuação do EO em diversos cenários dentro de uma maternidade, dentre eles o CO, faz-se necessário que estes tenham, além do respaldo legal, um respaldo institucional para o exercício de suas funções, através de normas e rotinas, estabelecidos por meio de protocolos. Diante do exposto emergiu a seguinte pergunta de pesquisa: Como sistematizar a atuação do Enfermeiro Obstetra frente ao parto vaginal de risco habitual em Centro Obstétrico?

A realização desta investigação se justifica devido a vivência da pesquisadora como EO atuando nos setores de pronto atendimento (PA) e centro obstétrico (CO) de uma maternidade em Curitiba, Paraná, ter percebido a ausência de um Protocolo Assistencial voltado para o campo do parto e nascimento de risco habitual e outras atuações deste profissional no CO, somado a necessidade de contribuir com o exercício da autonomia e o protagonismo da Enfermagem Obstétrica dessa maternidade. A presente investigação se torna relevante não só para a prática profissional dos EO desta maternidade, como também para a instituição, que contará com um profissional respaldado institucionalmente na assistência ao parto e nascimento.

2.1 OBJETIVOS

2.1.1 Objetivo geral

Elaborar um protocolo para a sistematização do cuidado ao parto vaginal de risco habitual pelo Enfermeiro Obstetra em uma maternidade de Curitiba, Paraná.

2.1.2 Objetivos específicos

Descrever as ações realizadas pelo Enfermeiro Obstetra no cuidado ao trabalho de parto, parto, pós-parto e nas urgências obstétricas de risco habitual.

4 REVISÃO DE LITERATURA

A partir da definição do escopo desta pesquisa e objeto de estudo, as leituras sobre a temática culminaram na construção desta revisão, qual busca trazer um levantamento do contexto histórico e social da saúde da mulher por meio das políticas públicas existentes e da atuação do enfermeiro obstetra frente ao processo de parturição.

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS NO CONTEXTO DA SAÚDE DA MULHER E MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO

No Brasil um dos marcos iniciais da luta em prol dos Direitos das Mulheres veio com a revisão do documento “Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão”, em 1948, quando a Organização das Nações Unidas (ONU) lançou a “Declaração dos Direitos Humanos”, a partir dessa mudança começa a ser observada uma melhoria na situação específica das mulheres (OGUISSO; FREITAS, 2015).

A década de 1975 a 1985 foi reconhecida pela ONU como “a década da mulher”, com avanços relacionados aos direitos, acordos, planos e intervenções no delineamento e políticas públicas com foco nessa população. O Marco inicial dessas mudanças foi a Conferência Mundial das Mulheres, no México, seguida pela de Copenhague, em 1980, e culminando com a terceira, em Nairóbi (PRÁ; EPPING, 2012).

Em 1979 a Convenção para a Eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher, promovida pela ONU é ratificada por 101 países, entre eles o Brasil. Essa Convenção trouxe em seu art. 12, referências específicas com relação à saúde da mulher e ao planejamento familiar. O Estado passa a ser responsável por assegurar às mulheres a “igualdade de acesso aos serviços de assistência médica, deixando especificada a assistência referente ao planejamento familiar e a garantia de serviços médicos e de nutrição pré e pós-parto” (BRASIL, 2004a, p.132).

Três anos após a Convenção da ONU, o MS do Brasil institui o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). E a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e da promulgação da Constituição, em 1988, os direitos estabelecidos naquela conferência passaram a ser garantido por lei e um sistema

único de saúde deveria ser implantado de forma descentralizada e com instâncias de controle social (OSIS, 1998; COSTA, 1999).

O PAISM introduziu novas vertentes na atenção à saúde da mulher, como a integralidade e a autonomia do seu corpo, devendo ser realizadas ações com foco na discussão e estimulação de ações educativas voltadas à área. Os profissionais de saúde deveriam ser capacitados para trabalharem com as especificidades da condição feminina, tendo como determinante o processo saúde-doença, dessa forma estabelecendo novas práticas de cuidar (BRASIL, 2011b).

A implantação do PAISM trouxe muitos desafios, sendo a operacionalização da ideia de integralidade o maior deles. Os gestores e profissionais tiveram que criar estratégias e adotarem posturas que excediam sua capacitação técnica, para que pudessem atender à nova demanda de cada um dos problemas femininos de saúde. Os profissionais tiveram que se reinventar na forma de se relacionarem com as mulheres enquanto sujeitas e detentoras de direitos, e ainda compreender suas demandas reprodutivas e sexuais (BRASIL, 2011b).

Seguindo com foco nos direitos das mulheres, na década de 1990 as Conferências internacionais da ONU tiveram como pauta os direitos sexuais e reprodutivos, e em 1993 a Conferência dos Direitos Humanos em Viena reconheceu a violência e a discriminação contra a mulher como forma de violação dos direitos humanos. No final desse mesmo ano a ONU adotou a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher, sendo aprovada a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a violência contra a mulher (ONU; 1967; ONU, 1993).

A partir do reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos, as mulheres passaram a ter garantidos seus direitos de se relacionar sexualmente de forma segura e se reproduzirem quando e quantas vezes quiserem. Com o intuito de garantir esses direitos, a partir de 1993 o MS passa a adotar práticas que visam a melhoria da qualidade do atendimento às mulheres desde o pré-natal até o parto e pós-parto, com a finalidade de diminuir o número de cesarianas e intervenções desnecessárias durante o parto (BRASIL, 2006).

Entendendo a atual situação da mulher como sujeito de direitos e o desconhecimento e desrespeito observados com a má assistência, o MS percebeu que deveria ser trabalhado não só a capacitação técnica dos profissionais para atuarem com a saúde da mulher, mas também com a capacitação humana e empática. Sendo assim, em junho de 2000, o MS instituiu o Programa de Humanização no Pré-

natal e Nascimento (PHPN) com foco no respeito aos direitos das mulheres na gestação e parto e a perspectiva da humanização, como elementos estruturadores (BRASIL, 2002).

A PHPN passa a ser um divisor de águas no olhar às mulheres, uma vez que propõe um novo paradigma da humanização como modelo de atenção à mulher na gestação e no parto. O programa traz a humanização da assistência como a principal estratégia, sendo essa humanização entendida como a garantia e melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva de seus direitos (BRASIL, 2002).

O Programa apresenta ainda dois aspectos fundamentais dessa humanização obstétrica: o primeiro diz respeito ao atendimento prestado à essa mulher e família, trazendo que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, com uma atuação ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, e ainda que a instituição deve criar um ambiente acolhedor e adotar condutas que diminuam o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo aspecto, refere-se à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias (BRASIL, 2002).

Em 2003, teve início a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), tendo como base os dados epidemiológicos e as reivindicações de diversos segmentos sociais e movimentos feministas. Essa política apresentou princípios e diretrizes para uma atenção integral à saúde da mulher para o período de 2004 a 2007. A integralidade e a promoção da saúde aparecem nessa nova política como princípios norteadores, buscando consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, dando ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004b).

Mesmo com a PNAISM e seu planejamento de melhoria das condições da mulher, incluindo aqui o período gravídico-puerperal, a mortalidade materna permanecia em níveis inaceitáveis. De acordo com a Classificação Internacional das Doenças (CID), as principais causas de mortes maternas registradas no Brasil em 2007, período estabelecido pela política para redução dos altos índices, foram doenças hipertensivas (23% das mortes maternas), sepses (10%), hemorragia (8%),

complicações de aborto (8%), alterações placentárias (5%), outras complicações do trabalho de parto (4%), embolia (4%), contrações uterinas anormais (4%) e alterações relacionadas ao HIV/AIDS (4%) (VICTORA et al, 2011).

As mortes maternas, contudo, são apenas uma parte dos desafios relacionados à saúde materna. Victora (2011) retrata um quadro de complicações obstétricas associados às principais causas de hospitalização de mulheres em idade reprodutiva, sendo responsáveis por 26,7% de todas as admissões, num total de 1.060.538 hospitalizações no ano de 2008. Um estudo realizado através de dados do Sistema de informação sobre mortalidade (SIM) se baseando em dados secundários dos anos de 1992 a 2002, sugere que eventos quase-mortais (em inglês *near-miss*) afetam 4% de todos os partos, especialmente aqueles associados com infecções, pré-eclampsia e hemorragias (SOUSA et al., 2008).

Com ênfase na redução do alto índice de mortalidade materna o MS em 2011 surge com uma nova estratégia chamada Rede Cegonha (RC). Essa estratégia veio com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil, e ainda proporcionar à mulher qualidade de vida e bem-estar durante a gestação, parto, pós-parto e no desenvolvimento da criança até dois anos de idade (BRASIL, 2011a).

Entre as ações da RC está a implantação de Centros de Parto Normal (CPN), onde a mulher é acompanhada por um(a) EO ou obstetriz. Além da proposta de um ambiente diferenciado e acolhedor. Esse modelo de assistência ainda visava oportunizar às mulheres a exercer as suas escolhas, como se movimentar livremente, ter acesso a métodos não farmacológicos de alívio da dor, além da prestação de uma assistência com mínimos de intervenções desnecessárias e baseadas em evidências científicas e nas boas práticas do parto e nascimento (BRASIL, 2011a).

Para trabalhar nessa nova proposta de assistência da RC, surge a necessidade de um profissional formado e alinhado com essas boas práticas na assistência ao parto. O governo então, através da rede cegonha, buscou fazer um resgate dos profissionais EO, através de levantamento dos profissionais que já atuavam em maternidades e oportunizando a estes cursos de aprimoramento. Além disso, ainda disponibilizou cursos de residência em enfermagem obstétrica e especialização em enfermagem obstétrica, sendo ofertado só no ano de 2014 um total de 306 vagas para Residência em Enfermagem Obstétrica, 315 para Especialização em Enfermagem Obstétrica e 248 para o Aprimoramento em todo o Brasil (BRASIL, 2017c).

Dando continuidade à proposta de mudanças no modelo de assistência ao parto, no ano de 2013 a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e MS lançam um guia de práticas recomendadas chamado de “Além da Sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças”. Esse guia tinha como objetivo específico, focar nos benefícios imediatos e a longo prazo de três práticas, na saúde e na nutrição do binômio mãe-bebê, sendo elas: clampeamento tardio do cordão umbilical, contato pele-a-pele imediato e contínuo entre mãe e seu recém-nascido e início precoce do aleitamento materno exclusivo. Essas três ações embora apresentassem efeitos positivos para o estado nutricional do RN e para a saúde do binômio, até o momento não recebiam a devida atenção enquanto práticas de atenção ao parto (BRASIL, 2013).

Após a implantação dessas políticas e programas, das melhorias da condição de vida e da qualidade à assistência à saúde das mulheres e ainda a inserção do EO, foram observadas um declínio no número de óbitos maternos (VICTORIA et al, 2011). Porém nos últimos 10 anos, o Brasil manteve uma alta taxa de mortalidade materna (MM), sendo 10 vezes maior que países europeus, e em 2016 a razão de MM ficou em 58 mortes para 100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2013).

O modelo de atenção ao parto dominante é centrado no serviço e no profissional e não na mulher e no processo de parto, o que se reflete em intervenções como maior exposição das nulíparas à infusão de ocitocina, manobra de Kristeller e episiotomia; maior chance para as mulheres de menor escolaridade de sofrerem amniotomia e receberem ocitocina ao darem à luz em serviços da rede pública. Assim, no Brasil, o discurso de intervenção para prevenção de desfechos negativos pode se confundir com oportunismo e sobrepor a fisiologia normal do parto, sendo a cesariana o meio mais rápido de resolver o parto (RIESCO, 2014).

Outro fator relevante é o alto índice de cesáreas por indicações “duvidosas”, a pesquisa Nascer no Brasil mostrou que esse o índice de cesáreas no Brasil se encontra em torno de 52% no setor público, podendo chegar a 88% no setor privado, contrariando as recomendações OMS que seria entre 10% e 15% (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ [FIOCRUZ], 2014).

Com foco agora não só na redução da MM, mas também em mudar esse cenário de violência sofrida pelas mulheres no parto, e ainda reduzir o número de cesáreas, o MS lança em 2017 as Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. Os objetivos dessas diretrizes são:

Promover mudanças na prática clínica, uniformizar e padronizar as práticas mais comuns utilizadas na assistência ao parto normal; Diminuir a variabilidade de condutas entre os profissionais no processo de assistência ao parto; Reduzir intervenções desnecessárias no processo de assistência ao parto normal e consequentemente os seus agravos; Difundir práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal; e Recomendar determinadas práticas sem, no entanto, substituir o julgamento individual do profissional, da parturiente e dos pais em relação à criança, no processo de decisão no momento de cuidados individuais (BRASIL, 2017a, p. 8).

Em 2018, de amplitude global, a OMS publicou o documento “*Intrapartum care for a positive childbirth experience*”. Esta diretriz é um conjunto consolidado de recomendações novas e existentes sobre trabalho de parto, parto e nascimento. Sobre práticas baseadas em evidências recentes que devem ser fornecidas a todas as mulheres grávidas e seus bebês durante o trabalho de parto e parto independentemente do cenário socioeconômico e na redução de intervenções desnecessárias para garantir que o parto não seja apenas seguro, mas também uma experiência positiva para mulheres e suas famílias. Destaca como o atendimento centrado na mulher pode otimizar a qualidade do trabalho e assistência ao parto através de uma abordagem holística baseada em direitos humanos (OPAS, 2018).

No Brasil, em 2018, o MS em parceria com instituições de ensino e pesquisa, cria o Projeto ApiceOn – Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia, qual propõe a qualificação nos campos de atenção e cuidado ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo pós-parto e pós-aborto, atenção às mulheres em situações de violência sexual, de abortamento e aborto legal. Este busca através da formação e qualificação, fortalecer o papel dos diferentes atores como agentes de mudanças das práticas assistenciais na área obstétrica e neonatal. Para isso propõe uma formação com práticas de cuidado e atenção obstétrica e neonatal baseadas em evidências científicas, nos direitos e nos princípios da humanização, sendo realizado em hospitais de ensino, universitários que atuam no âmbito da Rede Cegonha (BRASIL, 2017b).

Seguindo essa linha de cuidado no processo de formação dos profissionais ligados ao parto, no ano de 2019 a *International Confederation of Midwives* (ICM) lançou a última atualização disponível do documento *Essential Competencies for Midwifery Practice*. Esse material descreve o conjunto mínimo de conhecimentos, habilidades e comportamentos profissionais exigidos para exercer a atividade de parteiras. Esse conjunto, denominado de competências, são apresentadas dentro de

uma estrutura de quatro categorias consideradas essenciais e que devem constar no currículo de formação destes profissionais, sendo elas competências gerais que se aplicam a todos os aspectos, competências específicas de cuidados pré-gestacionais e pré-natais, competências específicas para cuidados durante o trabalho de parto e parto, competências específicas para cuidados contínuos pós-parto de mulheres e recém-nascidos (ICM, 2019). No Brasil, essas práticas assistenciais são semelhantes às realizadas pelo Enfermeiro Obstetra.

3.2 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA EM MATERNIDADES DO BRASIL

Para que as propostas de modelo assistencial do MS sejam desenvolvidas, a presença do EO, além do médico obstetra, emerge no cenário do parto como profissional qualificado para assistência direta, alinhado com os princípios da humanização.

A atuação do EO no atendimento ao parto de risco habitual está pautada em uma assistência segura, autônoma e livre de danos, tem respaldo legal e ético garantidos, respectivamente, pela Lei nº 7.498/86 e regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 e ainda pela Resolução COFEN nº 524/2016, qual afirma que, dentre suas atribuições estão a realização do pré-natal, a internação hospitalar, a assistência ao parto de risco habitual e a realização de cuidados ao recém-nascido em sala de parto (COFEN, 2016a).

O EO possui competência técnica, científica e legal para realizar avaliação da gestante em trabalho de parto, definir se a mesma está na fase latente do trabalho de parto, realizar orientações e liberar a gestante; caso ela esteja em fase ativa, cabe-lhe proceder à internação hospitalar, com prescrição das condutas e assinatura de Autorização para Internação Hospitalar (AIH), está definida pela Portaria SAS/MS-163/98 (COFEN, 2016a).

No Brasil, a atuação do EO na assistência direta ao parto é recomendada também no Relatório de Recomendações da Comissão Nacional de Incorporações de Tecnologias no SUS (CONITEC) que institui as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal do MS (2016), na qual descreve que a assistência ao parto e nascimento de risco habitual, que se mantém dentro das normalidades, pode ser realizado pelo EO ou obstetrix e que os gestores de saúde proporcionem condições para implantação de um modelo assistencial favorável às práticas desses profissionais, e

ainda relaciona essa assistência com melhores desfechos no tocante à redução de intervenções e maior satisfação das mulheres (BRASIL, 2017a).

Pesquisa realizada em Belo Horizonte, Minas Gerais, sobre a atuação do EO na assistência humanizada à mulher no ciclo gravídico puerperal, em uma maternidade filantrópica, totalmente subsidiada pelo SUS, reitera a autonomia desses profissionais e a importância de uma gestão comprometida com os princípios da humanização. Nesta, os EO cuidam integralmente das gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos, realizando o pré-natal de risco habitual, avaliação admissional, acompanhamento no pré-parto, parto e puerpério incluindo a alta hospitalar e avaliação dos recém-nascidos e ainda atuam na gestão da instituição e educação continuada da equipe (AMORIM et al, 2019).

A autonomia dos EO com relação à sua assistência dentro do CO, é percebida em suas atribuições, na qual realiza a admissão, avaliação durante o período de trabalho de parto, assistência ao parto com uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante esse período, recepção, avaliação e primeiros cuidados com o RN e ainda avaliação, evolução e prescrição do pós-parto, com posterior alta para o alojamento conjunto (AC). Essa assistência integral e continuada à mulher contribui para o sucesso e satisfação do cuidado, ao tempo em que fazem valer a legislação no que tange ao trabalho realizado pelo EO (AMORIM et al, 2019).

Destacam-se algumas práticas realizadas pelo EO durante sua assistência. Uma delas é o acompanhamento do trabalho de parto e parto. Como o EO atua numa linha de cuidado diferenciada, o acompanhamento do trabalho de parto é realizado com a oferta de técnicas não medicamentosas para alívio da dor e boas práticas baseadas em evidências científicas (BRASIL, 2017a). Marins et al (2020) trazem a satisfação de parturientes que foram submetidas à essas tecnologias (massagem, banho quente, bola, deambulação) e vão além da satisfação, mostrando que essa assistência trouxe conforto e diminuição da dor, fazendo com que a mulher vivenciasse um parir de forma mais fisiológica.

Essa assistência diferenciada prestada pelo EO considera a fisiologia da mulher, respeitando a sua autonomia e direito a um parto respeitoso, demonstrando um cuidado seguro, baseado em evidências científicas, respeitando a dignidade e privacidade da mulher e assegurando o necessário para realização de uma assistência humanizada (OPAS, 2018).

Alguns questionamentos por outros profissionais sobre prática assistencial do EO, garantidos pela legislação, ainda são vivenciados no cotidiano, como a prescrição de cuidados e de medicamentos. É preciso destacar que a prescrição medicamentosa pelo enfermeiro é respaldada pela lei federal que legaliza o exercício profissional da enfermagem, Lei nº 7.498/86, em seu art.11, alínea c, que descreve nas atividades privativas do enfermeiro “prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde” (BRASIL,1986).

Pesquisa realizada com 84 enfermeiros e EO demonstrou que 89,3% dos entrevistados se sentem muito confiantes em fornecer aos clientes orientações sobre os medicamentos e 79,8% muito confiantes em realizar a prescrição conforme requisitos legais. Foram identificados vários facilitadores da prescrição, incluindo confiança no conhecimento e nas habilidades de tomada de decisão, motivação, experiência, educação, conhecimento e acesso à informação e desenvolvimento profissional contínuo. Em contrapartida, foram relatadas algumas barreiras como a falta de recompensa financeira, falta de reconhecimento e falta de apoio de colegas ou gerentes com relação à prescrição por enfermeiros e parteiras (CASEY et al, 2020).

A prescrição dos EO permite que eles forneçam um pacote completo de cuidados responsivos e seguros às mulheres, facilitando a prática de enfermagem autônoma e responsável (LENNON; FALLON, 2018). Casey et al (2020) reforça o apoio organizacional, para o sucesso desse procedimento, particularmente no que se refere ao Acordo de Prática Colaborativa (CPA), Comitê de Drogas e Terapêutica (D&T) e ainda, recompensa financeira, isso permitiria que enfermeiros e parteiras prescrevessem como parte de sua prática clínica.

Assim, evidencia-se que a assistência prestada pelo EO ocorre mediante a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), qual se refere a organização do trabalho profissional do enfermeiro quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem sendo este um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional. Deve estar alicerçado em um suporte teórico para orientar a coleta dos dados, estabelecer os diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações e intervenções de enfermagem, e assim, fornece a base para avaliação dos resultados de enfermagem (COFEN, 2009).

As diretrizes do parto normal da CONITEC (2016), mostram evidências científicas positivas em relação ao modelo de cuidados do EO. As evidências

analisadas demonstraram vantagens do ponto de vista dos benefícios clínicos e danos, em relação aos outros modelos comparativos, com a percepção da redução de intervenções obstétricas, como analgesia regional e episiotomia, além do aumento da satisfação das mulheres e início mais precoce da amamentação, sem efeitos adversos (BRASIL, 2017a).

Floyd (2001) faz referência à três modelos de assistência ao parto: tecnocrático, humanístico e holístico. O modelo tecnocrático, que separa corpo e mente, traz o corpo visto como uma máquina e associa o mecanismo do trabalho de parto a um processo mecânico, imperfeito e não confiável, dessa forma percebendo o corpo da mulher como uma máquina defeituosa e que para um bom funcionamento é necessário o uso de algum tipo de tecnologia. Neste modelo o profissional busca diagnosticar problemas, curar doenças e reparar disfunções, para isso se utiliza de tecnologia desde o período gestacional até o parto, como: ultrassonografias rotineiras, monitoramento fetal intraparto, rotura artificial das membranas amnióticas, medicações para contratilidade uterina, uso de ferramentas como fórceps para extração do bebê.

Outro modelo que tem ganhado adeptos pelo mundo é o humanístico, teve surgimento a partir de reações de enfermeiros e médicos em relação ao modelo tecnocrático. Trata-se de um meio termo entre os três modelos propostos por Floyd (2001), propondo uma assistência mais afetuosa do que o tecnocrático, porém menos radical que o holístico. Propõe uma conexão entre a mente e o corpo, reconhecendo a influência entre estes no processo de cura, sugerindo a impossibilidade de tratar os sintomas físicos sem abordar o componente espiritual. No trabalho de parto, permite que as emoções auxiliem positivamente ou negativamente em seu andamento e que algumas distocias podem ser resolvidas com suporte emocional e ainda enfatiza a importância da gentileza, do toque e do carinho, trazendo o cuidado na forma de tratar a parturiente até a necessidade de manter o alojamento conjunto no pós-parto (FLOYD, 2001).

O terceiro modelo proposto por Floyd (2001) é o holístico, este expressa a inclusão da mente, emoções, espírito e ambiente para o processo de cura. Este modelo aborda uma variedade de abordagens que vão desde a terapia nutricional, passando pelas práticas alternativas e curas tradicionais com a medicina chinesa, até as práticas integrativas e complementares. O holismo convoca os indivíduos a serem ativos no processo através de mudanças no estilo de vida, ou serem passivos

recebendo orações e energias de cura. No trabalho de parto esse modelo convoca às mulheres a serem sujeitas ativas do processo, adotando posturas e escolhas durante o trabalho de parto e ainda assumindo o protagonismo, tomando para si as decisões e responsabilidade sobre seu parto (FLOYD, 2001).

Estudo realizado sobre a percepção dos médicos obstetras em relação a atuação do EO, realizado em 2018, revela que há médicos que reconhecem e valorizam o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro para a qualificação da assistência. Porém ainda se percebe que muitos definem essa atuação como ajuda, auxílio e colaboração. Essa percepção evidencia a fragilidade de conhecimentos em relação ao papel do EO na assistência ao processo de parturição (SCHWANTZ et al, 2018; AMORIM et al, 2019).

Para os profissionais EO e gestores de uma maternidade escola do Rio de Janeiro – RJ, o objetivo principal da inserção do EO no cenário do parto sinaliza para a importância desses na transformação no modelo de atenção ao parto e nascimento. Porém a pesquisa aponta muitos obstáculos ainda a serem vencidos, sobretudo quanto a aceitação do corpo médico e da própria equipe de enfermagem para a atuação e autonomia do EO (AMORIM et al, 2019).

Para conseguir atingir um resultado positivo na assistência obstétrica à estas mulheres, é necessário o trabalho em equipe, e que estes estejam alinhados como modelo de atenção humanizada às mulheres. Um estudo realizado com 32 profissionais de enfermagem em maternidade no estado do Piauí, desenvolveu uma intervenção educacional, através de cursos de capacitação aplicado à equipe de enfermagem. Foi possível perceber a melhoria dos conhecimentos dos profissionais após aplicação da intervenção educativa, trazendo resultados positivos para que a equipe ampliasse seus conhecimentos e motivando-os à proporcionarem ao binômio mãe-filho uma assistência humanizada e respaldada em evidências científicas (LIRA et al, 2020).

A assistência e autonomia do EO devem estar pautadas em Protocolos Assistenciais, que são instrumentos legais baseados em evidências científicas, cujos propósitos são orientar decisões adequadas e pertinentes a respeito da atenção assistencial em situações de prevenção de doenças, recuperação ou reabilitação da saúde. Sua utilização apresenta-se como positiva, alinhando-se às ações de cuidado e qualificando os profissionais para que adotem tais decisões. Ressalta-se a importância do envolvimento dos profissionais na construção desses Protocolos

Assistenciais, visto serem determinantes para o sucesso de sua implementação e considerando que serão instrumentos de trabalho da equipe de enfermagem (PIMENTA et al., 2015).

Os protocolos assistenciais são considerados como tecnologias que auxiliam na organização do trabalho dos profissionais de enfermagem, se configurando em um importante instrumento para o gerenciamento das ações de saúde dando suporte para a organização e gerenciamento do trabalho desses profissionais. Este documento legal pode auxiliar na organização do serviço, otimização do trabalho e padronização das condutas (CRUZ et al., 2016).

A autonomia dos profissionais de enfermagem e EO encontra-se em destaque e ganhou notoriedade mundial com a campanha *Nursing Now*, lançada em junho de 2019, que busca melhorar a influência de enfermeiras e parteiras a nível global. Para isso a campanha lançou um desafio chamado, Desafio *Nightingale*, como estratégia para o desenvolvimento da liderança entre esses profissionais. O desafio ocorre por meio de cursos, orientação, acompanhamento ou aprendizado e é direcionado a enfermeiros e parteiras com 35 anos ou menos, e até o momento, já mobilizou mais de 20.000 enfermeiras e parteiras, com 572 empregadores em 66 países (BAYLISS-PRATT; DALEY, BHATTACHARYA-CRAVEN, 2020).

Os objetivos desse desafio *Nightingale* são o investimento em jovens enfermeiros (as) e parteiras, permitindo que estes se tornem líderes ativos na força de trabalho, melhorando assim o atendimento ao paciente. Para o Bayliss-Pratt, Daley e Bhattacharya-Craven (2020) esses profissionais tem a capacidade de fornecer evidências e demonstrar a eficiência da sua força de trabalho nos sistemas de saúde, dando voz à profissão, tornando-a um caminho de carreira atraente para novos participantes. Esse desafio permitirá que enfermeiras e parteiras se apropriem de seu melhor potencial e tratem das questões que promovam visibilidade, colocando-os no centro dos desafios da saúde do século XXI.

5 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Para realização desta pesquisa foi realizado um estudo de abordagem qualitativa por meio da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA).

Na pesquisa qualitativa existe uma evolução do desenho do estudo ao longo de sua execução, os pesquisadores projetam as decisões sobre a melhor forma de obter dados, de quem obtê-los, como agendar a coleta de dados e o tempo cada sessão de coleta de dados. Nesse tipo de abordagem, o formato do projeto é emergente, ou seja, surge à medida que os pesquisadores tomam decisões em andamento, refletindo o que já foi aprendido. O desenho emergente em estudos qualitativos são um reflexo de seu desejo de ter a investigação baseada nas realidades e pontos de vista daqueles que estão sendo estudados (POLIT; BECK, 2019).

Algumas características dos estudos qualitativos como a flexibilidade e a capacidade de se ajustar ao que está sendo aprendido durante o curso da coleta de dados, a busca da compreensão de um ponto de vista holístico, buscando compreender o todo e ainda a necessidade de que os pesquisadores se envolvam intensamente, frequentemente permanecendo no campo por longos períodos de tempo (POLIT; BECK, 2019), vão ao encontro da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA).

A PCA é uma metodologia de pesquisa criada pelas enfermeiras doutoras Mercedes Trentini e Lygia Paim, lançada em 1999 a qual objetiva estabelecer um diagnóstico situacional através do conhecimento da situação problema e introduzir em campo soluções, afim de melhorar a prática assistencial por meio da pesquisa (PAIM; TRENTINI; SILVA, 2015).

Paim (2008), apresenta que o uso da metodologia da PCA em investigações, pode demonstrar uma boa adesão dos participantes, com fortes indícios de mudanças nas práticas assistenciais. A prática assistencial em saúde e a prática de cuidados da enfermagem são os âmbitos em que ocorrem os fenômenos a serem estudados, dessa forma tornando-se um campo aberto a pesquisas, devendo estes caminharem juntos à assistência, e a inovação, buscando encontrar problemas e solucioná-los ou

minimizá-los, sendo fundamental a inserção do pesquisador como integrante dessa prática profissional.

Paim e Trentini (2014, p. 21) ainda afirmam que a PCA é:

[...] como um delineamento dual, por um lado se diferencia de outros tipos de pesquisa por ser específico ao propor o desenvolvimento de conhecimento técnico/tecnológico para a minimização de problemas, introdução de inovações e mudanças na prática assistencial e, por outro, de requerer a imersão do pesquisador na assistência.

Sendo assim, a escolha deste método para a realização e desenvolvimento desta investigação se justifica na medida que a mestranda se encontra inserida no contexto de investigação, o Centro Obstétrico de uma maternidade de Curitiba-PR.

O termo convergência da PCA diz muito sobre o método, já que busca, ao mesmo tempo, unificar ações assistenciais à de pesquisa estando dentro do espaço físico. Dessa forma cria um vínculo entre prática do/a pesquisador/a e a prática dos profissionais da assistência. Um diferencial na PCA é a forma de obtenção das informações através da participação ativa dos envolvidos no espaço da pesquisa; bem como na assistência, pesquisa e a articulação, convergência entre teoria e prática (PAIM; TRENTINI, 2014).

Paim e Trentini (2014) trazem o desenvolvimento da PCA subdividida pelas seguintes fases: fase de concepção, fase de instrumentação, fase de perscrutação e fase de análise. Estas fases se apresentam inter-relacionadas e consecutivas, garantindo um rigor à pesquisa. Para uma melhor visualização da aplicabilidade de cada fase nesta pesquisa, optou-se por sua sintetização no quadro abaixo:

QUADRO 1 - FASES DA PCA NA PESQUISA

FASES	PCA	APLICABILIDADE NA PESQUISA
CONCEPÇÃO	Fase inicial, determinação do problema de pesquisa.	Como sistematizar a atuação do Enfermeiro Obstetra frente ao parto vaginal de risco habitual em Centro Obstétrico?
INSTRUMENTAÇÃO	Elaboração dos procedimentos metodológicos para a realização da pesquisa	<ul style="list-style-type: none"> • Local da pesquisa: Centro Obstétrico (CO) de uma maternidade de Curitiba-PR • Participantes: Enfermeiros obstetras lotados no CO • Coleta de dados: Curso assíncrono em plataforma remota sobre boas práticas e principais evidências científicas na assistência ao parto de risco habitual e Oficinas remotas síncronas gravadas e norteadas por um roteiro com questões envolvendo a prática assistencial do enfermeiro obstetra frente ao parto vaginal de risco habitual em CO (APÊNDICE 1). Essa coleta de dados, juntamente com as evidências encontradas, resultou na construção de um protocolo assistencial para a prática desses profissionais. • A coleta de dados foi auxiliada por um processo denominado “Quatro Erres” sendo: 1 Fase de Reconhecimento; 2 Fase da Revelação; 3 Fase do Repartir; 4 Fase do Repensar.
PERSCRUTAÇÃO	Elaboração de estratégias convergentes para que ocorra a mudanças pretendidas na prática assistencial, alcançando todos os profissionais que estarão envolvidos na mudança.	Realização de quatro oficinas temáticas, sendo elas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Reflexão sobre a prática profissional do EO que atua em CO e as condutas nos 1º e 2º estágios do parto; 2. Atuação do EO nos 3 e 4º estágios do parto 3. Atuação do EO nas principais emergências obstétricas 4. Atuação do EO na assistência ao RN.
ANÁLISE	A análise e interpretação dos dados ocorrem de modo simultânea	Foi realizada a Análise de Conteúdo do tipo temática proposta por Bardin (2016) composta por três fases: <p>1ª fase: foi a pré-análise - que teve como objetivo tornar operacional e sistematizar as ideias iniciais através da escolha dos documentos da formulação das hipóteses e dos objetivos e da elaboração de indicadores que fundamentaram a interpretação final.</p> <p>2ª fase: exploração do material. Consistiu na identificação das unidades de contexto, ou seja, partes das falas significativas, posteriormente foram nomeadas, formando as unidades de registro ou temas, posteriormente foram agrupadas por afinidade ou exclusão formando categorias.</p> <p>3ª fase: tratamento dos resultados, inferência e interpretação.</p> <p>Para auxiliar na análise foi utilizado o software <i>webQDA</i>®.</p>

FONTE: TRENTINI, 2014, p.31-47: Adaptado de PILER (2018)

4.1.1 Fase de concepção

A fase de concepção é tida como marco inicial da pesquisa, já que é nessa fase que se determina reflexões, se busca revisões de literatura e se tomam decisões em relação ao tema de pesquisa. Nessa fase foi determinado o problema de pesquisa, e é ela que determinou o sucesso do andamento da pesquisa (TRENTINI, 2014).

Dessa forma, a partir da proximidade da pesquisadora com o tema, imersão no cenário de investigação e necessidade do local de pesquisa, deu-se origem ao problema de pesquisa: Como sistematizar a atuação do Enfermeiro Obstetra frente ao parto vaginal de risco habitual em Centro Obstétrico? Sendo o objeto de estudo: Prática assistencial do Enfermeiro Obstetra frente ao parto vaginal de risco habitual.

Em seguida foi realizada a busca da literatura em livros, artigos científicos, resoluções e legislação específicas sobre a temática para embasamento teórico. A partir disso foi tomada a decisão sobre a construção de um protocolo assistencial com a temática em questão com a finalidade de garantir, além do respaldo ético e legal, o respaldo institucional, bem como guiar as práticas assistenciais dos enfermeiros obstétricos na assistência ao trabalho de parto e parto de risco habitual.

4.1.2 Fase de instrumentação

Esta fase se constitui na elaboração dos procedimentos metodológicos para a realização da pesquisa, dá sequência ao processo investigativo com tomada de decisões relacionadas: ao espaço físico, os participantes e os instrumentos de coleta de dados (TRENTINI, 2014). Nesta fase foram definidos:

4.1.2.1 Espaço físico da pesquisa

A pesquisa foi inicialmente idealizada para ser desenvolvida em uma maternidade de risco habitual localizada em Curitiba, Paraná, qual faz parte de um complexo hospitalar, contudo, devido a pandemia de COVID-19 que se instalou no mundo e no Brasil, houve a necessidade de reorganização do sistema de saúde do município de Curitiba, Paraná. O que acarretou o fechamento da maternidade de risco habitual, sendo a demanda desta levada à outra maternidade que também faz parte do complexo hospitalar.

Antes da pandemia as maternidades eram separadas fisicamente por atenderem risco habitual e alto risco, assim, após essa realocação e união, a maternidade localizada no complexo hospitalar passou a atender as duas demandas e a instalação da maternidade de risco habitual passou a atender pacientes com a COVID-19.

Assim, após essa reorganização, o espaço físico foi o centro cirúrgico obstétrico e ginecológico de uma maternidade pública de grande porte, situado no Sul do Brasil, que teve suas atividades iniciadas em 1961. Realiza cirurgias obstétricas, partos vaginais e cesáreas, internação de ginecologia e obstetrícia e emergência obstétrica durante 24 horas.

Atualmente este setor conta com um quadro de profissionais de enfermagem composto por 17 Enfermeiros Obstetras, 23 técnicos de enfermagem e 13 auxiliares de enfermagem, um total de 53 profissionais de enfermagem. A capacidade física do serviço é de 15 leitos, sendo divididos em sete leitos de pré-parto, quatro leitos de tratamento e quatro leitos de recuperação anestésica. Possui uma média de 350 nascimentos nos últimos 6 meses (novembro de 2020 a abril de 2021), destes 180 são partos vaginais, sendo 56% assistidos por EO (dados fornecidos pelo local de pesquisa).

4.1.2.2 Participantes da pesquisa

Para realização do início da pesquisa foram convidados e incluídos todos os Enfermeiros Obstetras lotados no centro obstétrico da referida maternidade, no total de 17. Contudo, foram excluídos àqueles que se encontravam afastados por atestados e licenças da maternidade no período da coleta de dados da pesquisa. Dessa forma, nenhum dos EO entraram para o critério de exclusão.

Para recrutamento de seleção, a partir de outubro de 2020 os 17 EO foram convidados a participar mediante convite face-a-face pela pesquisadora, onde foi explicada a pesquisa e a forma de coleta de dados (curso remoto assíncrono e oficinas remotas síncronas), mediante aceite prévio foi entregue uma “caixa-convite” na qual constavam Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 2) e material de papelaria para realização do curso e oficina (bloco, caneta, marcador de texto). Um EO se recusou a participar, assim 16 efetivaram sua participação assinando do TCLE em duas vias.

Mediante aceite foi construído um grupo de conversa por meio de aplicativo de mídias sociais (*WhatsApp*®) (APÊNDICE 3) para facilitar o contato, orientações de como acessar o curso remoto, envio de imagens com o cronograma das oficinas (APÊNDICE 4) e como forma de negociação da primeira data da oficina da coleta dos dados, servindo também como meio de comunicação, reforço e importância do comparecimento.

Assim, definiu-se como critério de inclusão final no estudo ter realizado o acesso ao curso remoto e o comparecimento de pelo menos duas oficinas. Dessa forma, 15 EO participaram da pesquisa visto que um assinou o TCLE contudo não participou do curso e de nenhuma oficina.

4.1.2.3 Negociação da proposta

Trentini (2014) afirma que para a realização da PCA faz-se necessário “negociar o projeto de mudança/ inovação com os participantes que se comprometerem com a continuidade da concretude das mudanças na assistência”. Dessa forma, foi realizada uma primeira reunião no segundo semestre de 2019 com os responsáveis pelas Divisões Materno Infantil e de Enfermagem para apresentação do projeto a ser realizado, enfatizando a relevância do mesmo para valorização profissional dos enfermeiros obstetras, para melhoria da assistência da maternidade e para as mulheres atendidas, foi enviado também uma cópia do projeto para leitura e parecer do responsável pela Divisão Médica, sendo aprovado e incentivado pelas divisões.

Contudo, devido a situação pandêmica e realocação da maternidade de risco habitual para de alto risco, foi necessária nova reunião em junho de 2020 para rediscussão e realização da pesquisa no local e forma de coleta de dados. A partir desta, as chefias das divisões reforçaram a importância da pesquisa e do produto advindo desta, e emergiu a necessidade da oficina ocorrer de forma remota a fim de evitar aglomerações e da necessidade do curso remoto como forma de reforçar a importância da participação na pesquisa e da oportunidade de leituras complementares advindos deste. Após parecer favorável das Divisões obteve-se documentação necessária para dar prosseguimento com a pesquisa. Foi necessário também a procura pela Comissão de Educação Permanente (CEPEN) do hospital,

para reunião e apresentação da proposta do curso remoto, a partir da aprovação foi dado início a sua construção.

4.1.2.4 Instrumentos e técnicas de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em duas fases concomitantes, todas de forma remota devido a pandemia de COVID-19, entre outubro e dezembro de 2020. Em uma das fases foi realizado um curso remoto assíncrono para os EO sobre as boas práticas no trabalho de parto e parto, nas emergências obstétricas e nos cuidados ao RN (APÊNDICE 5) e paralelamente a realização de cada módulo do curso, foi realizado oficinas remotas síncronas para discussão do material de cada módulo.

O curso foi desenvolvido pelas pesquisadoras em parceria com a CEPEN e o setor de treinamento do hospital, foi ofertado através do ambiente virtual de aprendizagem, teve carga horária de 22 horas e foi dividido em quatro módulos, baseados e divididos conforme os estágios do trabalho de parto e parto (OPAS, 2018; BRASIL, 2016) sendo eles: 1- Boas práticas em Enfermagem Obstétrica na assistência no 1º e 2º estágios do parto; 2- Boas práticas em Enfermagem Obstétrica na assistência no 3º e 4º estágios do parto; 3- Atuação do Enfermeiro Obstetra frente às principais emergências obstétricas e 4- Boas práticas e cuidados ao RN pelo Enfermeiro Obstetra.

Cada um destes módulos teve como leitura obrigatória as Diretrizes de assistência ao parto normal da CONITEC, as *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto*, para una experiencia de parto positiva, as recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica da OPAS e o manual técnico Gestação de alto risco do MS (BRASIL, 2016; OPAS, 2018).

Entre 03 de novembro a 08 de dezembro de 2020, semanalmente, concomitantes ao curso, ocorreram as oficinas síncronas, através do aplicativo *Microsoft Teams®* (APÊNDICE 6). Os temas das oficinas foram os quatro mesmos do curso (APÊNDICE 4) com a realização do encontro final para discussão do protocolo disponibilizado previamente para leitura e sugestões dos participantes. Assim, para incentivar a participação e colaboração dos EO, cada tema das oficinas foi ofertado duas vezes, nos turnos da manhã e tarde, totalizando 10 encontros e 764 minutos de gravação (12 horas e 44 minutos).

As oficinas foram norteadas por um roteiro com questões envolvendo a prática assistencial do enfermeiro obstetra frente ao parto vaginal de risco habitual em Centro Obstétrico (QUADRO 2). Essa coleta de dados, juntamente com as evidências encontradas, resultou na construção de um protocolo assistencial para a prática desses profissionais (APÊNDICE 7).

Nessa fase foi usado o processo denominado Quatro Erres (Rs) qual se divide em quatro fases (TRENTINI, 2014):

- a) Fase de Reconhecimento: primeiro encontro, interesse em conhecer as finalidades dos encontros através do diálogo participativo;
- b) Fase da Revelação: identificou-se as experiências em comum e revelações em relação ao assunto em discussão;
- c) Fase do Repartir: por meio das experiências em relação ao propósito do encontro, o grupo estabeleceu condições para tomada de decisões;
- d) Fase do Repensar: reflexão e transferência do que se aprendeu para as situações reais.

QUADRO 2 – DESENVOLVIMENTO DAS OFICINAS SOBRE A PRÁTICA ASSISTENCIAL DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS

MODULO 1: Principais recomendações da OPAS, 2018 e BRASIL, 2016; Assistência nos 1º e 2º estágios do parto			
Tema	Data/Duração	Participantes	Desenvolvimento
Boas práticas na assistência ao 1º e 2º estágios do parto	03 e 04/11/2020 Média de 3h34	14	1.Boas vindas aos participantes 2. Apresentação em PowerPoint sobre tema e objetivo da oficina 3. Discussão e reflexão sobre o tema 4.Troca de experiência entre os participantes 5. Encerramento da oficina
MÓDULO 2 - Assistência nos 3º e 4º estágios do parto			
Tema	Data/Duração	Participantes	Desenvolvimento
Boas práticas na assistência ao 3º e 4º estágios do parto	10 e 11/11/2020 Média de 3h05	10	1.Boas vindas aos participantes 2. Apresentação do objetivo da oficina 3. Discussão e reflexão sobre o tema 4.Troca de experiência entre os participantes 5. Encerramento da oficina
MÓDULO 3 – Assistência nas principais emergências Obstétricas (Hemorragias, Crises hipertensivas e Sepses)			
Tema	Data/Duração	Participantes	Desenvolvimento
Assistência do EO frente às principais emergências Obstétricas	17 e 18/11/2020 Média de 1h55	09	1.Boas vindas aos participantes 2. Apresentação do objetivo da oficina 3. Discussão e reflexão sobre o tema 4.Troca de experiência entre os participantes 5. Encerramento da oficina
MÓDULO 4 – Assistência ao RN			
Tema	Data/Duração	Participantes	Desenvolvimento
Boas práticas na assistência ao RN	24 e 25/11/2020 Média de 2h22	09	1.Boas vindas aos participantes 2. Apresentação do objetivo da oficina 3. Discussão e reflexão sobre o tema 4.Troca de experiência entre os participantes 5. Encerramento da oficina
APRESENTAÇÃO DO PROTOCOLO			
Tema	Data/Duração	Participantes	Desenvolvimento
Apresentação do esqueleto do protocolo	08 e 09/12/2020 Média de 1h48	10	1.Boas vindas aos participantes 2. Apresentação do objetivo da oficina 3. Apresentação do esqueleto do protocolo 4. Reflexões e contribuições finais dos participantes 5. Agradecimento pelas contribuições 6. Encerramento da oficina

FONTE: A Autora (2021)

4.1.3 Fase de Perscrutação

A nomenclatura perscrutação diz respeito à necessidade que o pesquisador tem em desenvolver habilidade e sensibilidade para coleta, análise e aprimoramento dos dados disponíveis. Nesta fase foi elaborada estratégias convergentes para que as mudanças pretendidas na prática assistencial e ainda para alcançar todos os profissionais que estarão envolvidos nessa mudança, sendo fundamental nessa estratégia a imersão das pesquisadoras na realidade da prática assistencial (TRENTINI, 2014).

Não obstante, ofertou-se um curso assíncrono sobre as boas práticas na assistência ao trabalho de parto, parto, principais emergências obstétricas e assistência ao RN, intercalado com as oficinas síncronas, que foram realizadas em dias e turnos diferentes garantindo que todos os profissionais conseguissem participar e que a assistência não fosse comprometida, tendo uma duração média de uma hora e vinte minutos.

Foram realizadas quatro oficinas temáticas e uma última para apresentação do protocolo. Em cada oficina os participantes foram convidados e incitados a fazer reflexões sobre a prática profissional do EO que atua em CO, a atuação do EO e suas condutas na admissão, assistência ao trabalho de parto e parto, a atuação do EO nas condutas em emergências obstetras, pós-parto e cuidados com o RN e Construção do Protocolo assistencial para atuação do Enfermeiro Obstetra.

4.1.4 Fase de Análise

A análise dos dados foi realizada conforme a Análise de Conteúdo do tipo temática proposta por Bardin (2016, p.44):

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência essa que recorre a indicadores (quantitativos ou não).

Segundo Bardin (2016), na técnica de análise de conteúdos há várias maneiras para analisar conteúdos de materiais de pesquisa. O ponto chave desse tipo de análise é encontrar os núcleos de sentido, esses núcleos podem ajudar a elucidar

algumas questões que estão sendo pesquisadas de acordo com sua presença e frequência de aparecimento. Os critérios de organização de uma análise de conteúdo ocorrem mediante o desenvolvimento de três fases sendo elas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. O tratamento dos resultados divide-se em codificação e inferência.

Na fase inicial, de pré-análise, foi organizado o material que compõe o corpus da pesquisa, respeitando-se algumas regras: (i) exaustividade, onde sugere-se esgotar todo o assunto sem omissão de nenhuma parte; (ii) representatividade, utilização de amostras que representem o universo; (iii) homogeneidade, sendo os dados referentes ao mesmo tema e coletados por meio de técnicas iguais e indivíduos semelhantes; (iv) pertinência, adaptando-se os documentos aos objetivos da pesquisa; e (v) exclusividade, não classificando um elemento em mais de uma categoria (BARDIN, 2016). O documento para análise foi produto da transcrição de 12 horas e 44 minutos de vídeo gravado e que resultou em um documento de *Word*® com 42 páginas.

A segunda fase é a de exploração do material, onde foi explorada a riqueza ou não das interpretações e inferências, e a coleta realizada passou por um estudo aprofundado. Primeiramente foi feito a identificação das unidades de contexto, ou seja, partes das falas significativas, posteriormente foram nomeadas, formando as unidades de registro ou temas, as quais posteriormente foram agrupadas por afinidade ou exclusão formando categorias. Trata-se de uma fase longa e fadigosa, onde foram realizadas codificações, decomposições ou enumeração baseadas em regras pré-estabelecidas (BARDIN, 2016). Da análise das unidades de contexto, foram identificadas 13 unidades de registro (temas), resultando em 02 categorias (APÊNDICE 7).

A terceira fase foi realizado o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Os dados brutos foram tratados de modo a ter significados e serem validados, através de análises estatísticas simples ou mais complexas. Nessa fase foram estabelecidos quadros de resultados, diagramas, figuras e outras formas de apresentação para análise. Essa análise tendo resultados significativos e fiéis (submetidos a provas estatísticas), pode propor mudanças no contexto vivenciado (BARDIN, 2016).

Bardin (2016) traz a possibilidade da realização da análise de conteúdo através do uso do computador. Para auxiliar na análise dos dados foi utilizado o

software *webQDA*® que se trata de um software de análise qualitativa de dados, destinado a todos os investigadores e profissionais que realizam investigação qualitativa. Este software permite que sejam analisadas fontes de texto, imagens, vídeos, tabelas de forma colaborativa, síncrona ou assíncrona (WEBQDA, 2021).

Para que as transcrições fossem repassadas ao software, foi necessário preparo do documento. Separando a transcrição em documentos conforme as falas dos entrevistados, ou seja, cada participante resultou em um documento de *Word*®, denominado em EO1, EO2, assim sucessivamente até EO15, após esse processo os documentos foram inseridos no item fontes internas do programa. Posteriormente para proceder a análise por meio do item codificação, as unidades de registros (temas) foram inseridas nos Códigos Livres, sendo agrupadas ou excluídas formando as categorias no item Códigos Arvoretos (APÊNDICE 8).

Foi utilizado também o item Questionamento que realiza a frequência de ocorrência das palavras no texto, com a possibilidade de formar nuvem de palavras, auxiliando assim, na análise dos dados.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto de pesquisa trata-se de um subprojeto vinculado à um projeto maior intitulado: A prática profissional dos Enfermeiros Obstetras em maternidades, com coordenação da Prof.^a Dr.^a Tatiane Herreira Trigueiro, submetido ao Comitê de Ética da maternidade local de pesquisa, e aprovado mediante Parecer 3.819.181, em 3 de fevereiro de 2020 (ANEXO 1).

Cabe ressaltar a construção deste projeto de pesquisa foi desenvolvido mediante critérios estabelecidos pelo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), trata-se de é um checklist abrangente que cobre todos os componentes necessários do projeto de estudo. Os critérios incluídos no checklist podem ajudar os pesquisadores a relatar aspectos importantes da equipe de pesquisa, métodos e contexto do estudo, resultados, análise e interpretações (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

6 RESULTADOS

Os resultados dessa pesquisa constam da construção de dois produtos: um curso sobre boas práticas assistências ao parto pelo EO e de um protocolo para a assistência ao parto vaginal de risco habitual pelo Enfermeiro Obstetra em Centro Obstétrico.

Os participantes da pesquisa foram 15 enfermeiros obstetras, na faixa etária entre 29 e 57 anos, 13 do sexo feminino e dois do sexo masculino, com tempo médio de formação de 12 anos, e nove anos como especialista em enfermagem obstétrica. O tempo de atuação em maternidade foi igual ao tempo de atuação dentro de centro obstétrico, em média cinco anos. Quando questionados sobre participação em elaboração de protocolos anteriores, sete afirmaram já terem tido alguma experiência e oito nenhuma.

A partir dos resultados obtidos, os dados foram analisados e organizados em duas categorias quais serão apresentadas a seguir: Protocolo como oportunidade para repensar na atuação e autonomia da prática assistencial do EO e A necessidade de protocolos aliado à prática baseada em evidências para a prática do cuidado.

6.1 PROTOCOLO COMO OPORTUNIDADE PARA REPENSAR NA ATUAÇÃO E AUTONOMIA DA PRÁTICA ASSISTENCIAL DO EO

Nessa categoria os EO puderam expressar seus sentimentos em relação à prática assistencial e repensar sua atuação. Reflexões que envolvem o papel do EO foi abordado por 10 participantes com 17 citações e 36,2% de taxa de densidade, através do software *webQDA®* foi possível identificar as palavras que mais se repetiram nessa categoria: Assistência, satisfação, responsabilidade, atender, reconhecer, posicionar, organizar, forças, equipe, espaço, acreditar, prescrição.

Ao pensar na possibilidade de construção de protocolo para assistência direta ao parto vaginal, os participantes refletiram sobre seu papel como EO, manifestaram satisfações relacionadas à ser EO e atuar como EO, sobre poder dar o mínimo de conforto para parturiente e tornar a experiência dessa mulher mais positiva e insatisfações devido a não conseguirem atuar dentro que eles acreditavam ser uma assistência adequada e ainda a falta de autonomia comparado com locais em que já atuaram, conforme as falas:

“[...] na grande maioria a insatisfação vai estar relacionada à não conseguir atuar dentro do que acredita no ambiente de trabalho, independente de qual seja sua crença de trabalho. O que cada um percebe do seu papel de enfermeiro, nas nossas conversas informais, a gente já sabe que existem percepções diferentes e que naturalmente por conta do contexto em que a gente se insere ali, a gente vai perceber que não temos uma satisfação com esse nosso trabalho”. (EO2)

“[...] o fato de ser EO e estar atuando como EO, já me traz uma satisfação, quando eu consigo fazer o mínimo por aquela paciente, quando eu consigo tornar essa experiência um pouco mais fácil, um pouco mais prazerosa, isso me traz satisfação. E a insatisfação é justamente porque eu me senti quando cheguei em Curitiba, regredindo, eu vim de uma realidade que para mim estava muito mais cômoda, estava muito mais evoluída e eu tive que voltar 10 casas”. (EO3)

“[...] os enfermeiros do CO em geral estão, em geral não, tem alguns que não estão satisfeitos com a atuação, porque está uma situação muito difícil ninguém é cego e ninguém deixa de ver isso”. (EO6)

Ao refletirem sobre sua atuação, foi percebido nas falas de alguns EO, a necessidade de assumir as atividades de cuidado direto à mulher e o que pode gerar a sensação de invisibilidade profissional:

“[...] eu acredito que antes de discutir sobre técnicas, sobre o eu devo fazer no primeiro estágio, como eu devo auscultar, tocar, fazer dinâmica, eu vejo que as pessoas precisam reconhecer que o EO tem um papel importante na assistência [...] a gente não pode se acomodar e se apropriar do discurso de “Ah porque eu tenho um residente pra fazer, não vou fazer nada”. (EO1)”

“[...] falando exclusivamente do nosso trabalho, essa não compreensão do nosso trabalho, da equipe, dos profissionais, do serviço pra nossa existência naquele lugar, faz com que eu me odeie todo dia que eu saio dali”. (EO3)

“[...] é o meu papel, é assistir aquela mulher auscultar o BCF, é oferecer para ela apoio psicológico, apoio emocional, métodos não farmacológicos, acolher minimamente a mulher, chamar pelo nome não por mãezinha né, então começa por aí, é que são tantas coisas que a gente gostaria e são tantas arestas que a gente gostaria”. (EO7)

O EO é um profissional que possui respaldo técnico, científico e legal para exercer sua profissão com liberdade e autonomia, e sua busca por esta, reflexões e limites legais da sua assistência foram citadas por 10 EO resultando numa densidade de 21,3%. Algumas falas destacam esse entendimento:

“[...] o COREN coloca que o enfermeiro obstetra tem respaldo para atender o parto na gestação de risco habitual, com o feto único, cefálico, de termo, acabou. A gente tem respaldo para agir em situações de emergência antes que ocorrem com frequência”. (EO1)

“[...] a gente precisa focar muito nessa questão da autonomia do EO, mesmo que seja em um hospital de alto risco e nas práticas que acontecem, toques repetitivos, a questão da ambiência, a questão da privacidade, a questão do respeito ao parto mesmo”. (EO7)

“[...] eu vejo que o COREN nos embasa para tomar atitude e tomar condutas até a chegada do médico. Então eu acho assim, a gente já vai fazendo a assistência, pegando acesso enquanto o outro vai chamando o médico, porque assim, querendo ou não é tempo que se perde, aguardar até a chegada do médico para iniciar as condutas, a gente precisa ter autonomia para já iniciar o protocolo de hemorragia”. (EO1)

“[...] legalmente até aonde a gente pode ir sem que o médico esteja presente, porque assim, é meio bizarro pensar na situação que a gente está, assim.. cara.. eu vou chamar o médico pra avisar que a mulher tá sangrando... tá! mas eu não fiz nada? O que que eu posso fazer? Legalmente falando sabe? Porque eu tenho muita segurança, eu vou lá e faço tudo que eu achar que precisa né! Mas assim acho que a gente pode pensar um pouco nesse lado ético e legal mesmo”. (EO8)

Alguns participantes também evidenciam em suas falas a importância da atuação multidisciplinar, ressaltam a necessidade de haver harmonia e cooperação do trabalho entre equipe para crescimento profissional e o reconhecimento de sua atuação gera confiança entre eles:

“[...] quando a gente é muito sozinho a gente não tem parâmetro pra nosso trabalho, e ao longo do tempo a gente perde essa troca e a gente para de crescer, a gente para de melhorar, então trabalhar em equipe tem vários aspectos, o ruim as vezes é de competitividade, de achar que tá sendo avaliado, e por outro lado o apoio, parceria que deve acontecer pra gente se potencializar”. (EO2)

“[...] a gente conseguiu uma maneira nesse tempo, trazer confiabilidade deles no nosso trabalho, conforme a gente vai mostrando no dia a dia já foi muito pior, eu acho que está melhorando e ainda pode melhorar, eu acho que a gente mostrando a força e o embasamento teórico/prático, eles vão acabar ficando sem algum momento em algum momento, e a gente vai conseguir vencer por meio da teoria e a prática e o resultado muitas vezes, porque a gente teve que mostrar o trabalho, mostrar o que a gente sabia, para eles terem um pouco mais de confiança”. (EO5)

“[...] envolver também os profissionais da medicina, porque a gente vai construir um protocolo entre nós EO, para a gente implantar vai precisar muito da gestão, mas a gente também vai precisar dos profissionais médicos, então a gente precisa alinhar isso na sequência da implantação, fazer grupo de discussão para que eles minimamente conheçam o protocolo e se questionem, questionem as próprias práticas para a gente fazer mudança, porque isso precisa ser multiprofissional”. (EO7)

“[...] em termos legais, até onde a gente poderia estar indo sem precisar chamar o médico, sabe? Ah, você pode fazer a ocitocina, você pode puncionar um acesso, você pode fazer um Metergin, você pode fazer um Trasamin e aí você comunica”. (EO8)

Outro tema destacado pelos EO foi a percepção de sua atuação no papel de educador, seja através de orientações para paciente durante o atendimento, ou de ensino para os acadêmicos e residentes que estão em processo de formação, o que foi citado em 9 falas com 6,4% de densidade, como observado:

“Eu vejo que o momento da sulfatação, da dose de ataque é um momento super importante de educação em saúde, para além de monitorar a mulher, dessa parte prática da coisa, eu vejo que é um momento super importante para explicar para aquela pessoa o que tá acontecendo, como funciona, o quê que acontece”. (EO1)

“[...] porque o residente está lá atendendo o parto, então por que a gente não vai atender junto esse parto? Porque a gente não vai mostrar para esse residente uma forma diferente de atender né, uma forma menos intervencionista, um olhar diferente diante de todas as práticas diferentes a gente aprende né”. (EO1)

“[...] o residente também está aprendendo, ele também precisa de apoio, precisa de segurança [...] Então estar disponível para isso, faz parte do nosso trabalho zelar pelo cuidado pela segurança dessas mulheres, acompanhar esse residente, porque assim, eles são residentes, porque por mais que eles sejam médicos o vínculo deles com essa instituição é de ensino ainda, então eles precisam ser avaliados, fiscalizados”. (EO2)

“[...] muitas vezes a gente precisa puxar ele para a rotina de aprendizagem ali, eu vejo que nesse momento a gente precisa sim estar próximo aos residentes, [...] é hora de a gente orientar, mostrar para o que a gente veio e o porquê a gente está ali”. (EO4)

Os EO ainda questionaram sobre registros de enfermagem e a burocracia relacionada à internação, evolução e prescrição de enfermagem, como visto na fala:

“[...] a gente faz a prescrição de enfermagem, é uma prescrição quadrada e bem bitolada nos moldes HC, mas enfim.. então é isso, contemplando a sistematização da assistência de enfermagem, a gente prescreve e é isso aí Brasil, vamos evoluir vamos concentrar o negócio, vamos favorecer uma assistência que seja prática, que seja objetiva, vamos favorecer para que o nosso registro ele seja objetivo [...] a gente tem uma burocracia de internamento grande né, eu acho que talvez esse protocolo possa ser a nossa oportunidade de padronizar qual é o documento específico do enfermeiro né, defenderei até a morte que a gente tem que evoluir na evolução clínica, quanto menos papel melhor”. (EO1)

6.2 A NECESSIDADE DE PROTOCOLOS ALIADO À PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS PARA A PRÁTICA DO CUIDADO

Nessa categoria foi observado que os EO sentem a necessidade de um documento legal da instituição para normatizar e orientar as suas práticas assistenciais. O protocolo assistência foi percebido como algo necessário a ser implantado para que todos os profissionais alinhem suas práticas e trabalhem de forma organizada e com as melhores evidências, sendo a necessidade de protocolo citada em 13 falas com 9,3% de densidade e as práticas baseadas em 43 falas com 30,7%.

O protocolo é visto pelos enfermeiros como algo necessário para o fortalecimento de sua atuação como visto:

“[...] Eu acho assim que, se a gente está fazendo, está construindo esse protocolo, acho que a gente precisa estar muito fortalecido em relação ao conhecimento teórico e da prática daquilo que eu sei, daquilo que eu estudei, daquilo que é uma evidência”. (EO1)

“[...] a lógica do nosso trabalho requer uma organização, um protocolo, um fluxo, qualquer coisa que a gente dê nome que a gente não tem, e que há não ter isso, essa função definida e organizada para o papel do EO, ao não ter isso a gente não consegue fazer uma atuação adequada, dentro dessa perspectiva”. (EO2)

“[...] eu sei que a gente já é respaldado pela lei, mas eu acho que se tiver uma coisa dentro da instituição vai nos dar mais força”. (EO3)

“[...] a construção desse protocolo realmente seria muito importante para a gente conseguir colocar as evidências para que todos os profissionais sigam, porque no HC é muito assim, médico manda e todo mundo faz igual, então eu acho que a gente precisa trabalhar em cima dessas práticas baseadas em evidências, porque o que a gente vê muito são práticas intervencionistas”. (EO7)

Os EO ainda abordaram a necessidade de um protocolo para que possa ser prestado uma continuidade uniforme do cuidado entre a própria categoria profissional, organizar seu serviço e para que todos tenham uma ferramenta para trabalhar com as boas práticas e com as práticas baseadas em evidências (PBE):

“[...] a vantagem de você ter um protocolo, e aí eu destaco, de não ter um protocolo só da prática em si, mas de organização desse serviço, que eu acho que falta também [...]o protocolo só vai organizar isso para facilitar nossa vida, ele não vai provar o nosso trabalho, nosso trabalho já ta provado, a gente sabe o que faz e a confiança que cada um tem, e gente precisa ter um respaldo [...] então a gente precisa dessa organização para poder atuar de forma mais tranquila [...] acho que o nosso problema é a organização desse atendimento, quem que é responsável pela aquela mulher? quem está acompanhando aquela mulher? quantas pessoas podem entrar naquele quarto para ver ela parindo? Quem é o residente que vai ficar responsável pelos partos de baixo risco? [...] essa é a lógica que precisa ser pensada”. (EO2)

“[...] Eu acho que seria muito bacana nesse protocolo a gente esmiuçar bem quais são essas boas práticas, o que realmente a gente tem que fazer no primeiro estágio, no segundo estágio, o que é mais indicado, mesmo que, é claro nós somos enfermeiros, que vai acabar voltando a sardinha um pouco pro nosso lado, mas a gente tem de disponibilizar alguma coisa que seja útil para todos os profissionais que atendem parto e que tão acompanhando a mulher nesse período”. (EO6)

“[...] aquela avaliação que a gente ali está falando a cada 15 minutos depois meia/meia hora no período de 6 horas [...] depois ela vai para o quarto, nessas 6 horas eu não sei como que é avaliação lá depois né? então até seria um meio de continuação, tanto para a gente acompanhar, quando está no CO até o período dessas 6 horas, acho que até lá depois na lá no alojamento conjunto”. (EO11)

Os EO reconhecem a importância de se trabalhar com as PBE no cuidado com o binômio mãe e filho e que este proporciona um alinhamento do cuidado entre

os profissionais. Dentre as falas dos EO, as PBE tiveram a maior relevância dentre todos os temas abordados, sendo citada por 8 participantes em 43 vezes com densidade de 30,7%.

Na maioria das falas dos EO se percebe que o cuidado direto à mulher em processo de parturição é orientado e embasado pela PBE, o que acarreta em reflexões sobre condutas realizadas no cotidiano e como possibilidade de uniformizar o atendimento:

“[...] o protocolo realmente coloca que tanto faz proteger ou não, porém, as pessoas vão entender qual é esse conceito de proteção? porque tem gente que protege põe a mão e empurra o períneo, entende? e aí assim, o que a evidência coloca é que a proteção de períneo ela está mais relacionada com a dor no pós-parto e aí é preciso refletir sobre isso: como essa proteção é feita? por que ela é feita? qual que é o objetivo? [...] Eu protejo o períneo da mulher não permitindo que ela fique 80 horas sentada no banquinho para fazer edema de vulva, por exemplo, eu considero que isso é uma forma de proteger o períneo da mulher né, não fazer puxo dirigido também uma forma de proteger o períneo da mulher”. (EO1)

“[...] a prática é o que é baseado em evidência que ele já existe, já está na CONITEC, legal, maravilhoso, eu acho que o nosso problema é a organização desse atendimento, quem que é responsável pela aquela mulher? quem está acompanhando aquela mulher? quantas pessoas podem entrar naquele quarto para ver ela parindo? Quem é o residente que vai ficar responsável pelos partos de baixo risco? ou é aquele R3 que fica andando parecendo que está na feira e entra em todos os quartos e vai tocando todas as mulheres?”. (EO2)

“um modelo que a gente consiga, ainda mais que é um hospital de ensino, trabalhar as práticas baseadas em evidências para que não só a enfermagem, ou um outro, ou no plantão do fulano faz assim, eu acho que a gente tem que colocar isso como uma política”. (EO7)

“[...] no CO a gente tem a rotina de toda mulher que é diabética se faz um controle glicêmico, baseado num esquema que está lá imposto, sei lá a quantos mil anos, mas para deixar claro, se for falar em evidência científica, não existe evidência de controle glicêmico de paciente diabéticas gestacionais sem uso de insulina, tá! Então fica para reflexão”. (EO8)

Ainda é percebido a necessidade de se trabalhar essa PBE com a equipe multidisciplinar e com todos os profissionais a fim de tornar o cuidado uniforme:

“[...] você vai chamar o médico, você vai estar junto com o médico, mas se não tiver no protocolo essas coisas se você fizer qualquer uma delas sozinha sem realmente estar no protocolo, pode nos causar um problema desnecessário”. (EO6)

“[...] a gente vê muito são práticas intervencionistas, principalmente a gente que está lá dentro do CO, encaminhamento, intervenção que não precisam, que deveria acontecer, eu acho que a gente pode resolver de uma outra forma. Nessa instituição a dificuldade de trabalhar em equipe é muito difícil, a gente percebe agora que o risco habitual tá lá dentro, que muitas práticas, intervenções, estão acontecendo com essas mulheres que não precisam, que a gente poderia tomar uma outra atitude”. (EO7)

“[...] um modelo que a gente consiga, ainda mais que é um hospital de ensino, trabalhar as práticas baseadas em evidências pra que não só a enfermagem, ou um outro, ou no plantão do fulano fazer assim, eu acho que a gente tem que colocar isso como uma política [...] eu acho que a gente precisa colocar essas práticas baseadas em evidências, não só para mulheres de baixo risco, mas também para as mulheres do alto risco, porque elas não precisam sofrer tantas intervenções como a gente vê hoje”. (EO8)

Em relação às práticas PBE foi percebido que alguns enfermeiros refletem as evidências, as adaptam também a sua realidade e experiências cotidianas, o que acarreta crescimento profissional e melhoria no atendimento à mulher em processo de parturição:

“[...] dentro das diretrizes mesmo das boas práticas tem o fato de você ser hands-on ou hands-off e na verdade eles não colocam nenhum como errado né, eu acho que cada um nesse sentido, nesse quesito pode sim atuar de acordo com a sua prática. Eu geralmente protejo também, principalmente se eu vejo um períneo mais rígido”. (EO4)

“[...] mas pela prática que eu tenho, de nunca ter protegido, ter começado a proteger, eu tenho uma vivência que dependendo de como eu protejo, sem apertar, sem segurar só para evitar uma deflexão da cabeça e deixar ele vir trabalhando sozinho... eu não sei gente, é uma coisa louca, mas é uma experiência que eu vivi e que vem dando certo, daí eu vou contra todos os princípios baseados em evidências ou não por uma coisa que na minha experiência eu vejo que funciona. [...] pelo tempo de experiência que eu tenho com parto, de tudo que eu já vivi com o parto, tudo o que eu estou desconstruindo e estou me tomando uma nova enfermeira obstétrica, para mim isso tudo é muito difícil de aprender, uma coisa que você era obrigado a fazer e com o passar do tempo você consegue avaliar que coisas que você fazia não são necessárias mais”. (EO5)

“[...] nós temos aquela conduta de esperar a mãe expulsar a placenta, em algum lugar que eu li, não lembro se na CONITEC ou em outro material, que conduta ativa são as duas coisas juntas, o uso da ocitocina e a tração controlada do cordão, não que eu concorde com isso, eu acho que a gente pode usar a ocitocina e não fazer a tração controlada do cordão”. (EO6)

“[...] Essa questão de recepcionar o bebê tão longe da mãe, tudo bem que é feito o contato pele a pele, que a gente vê, tudo bem existe algumas resistências, mas 90% é feito o contato pele a pele, só o que eu acho muito estranho ainda é que eu tinha uma vivência no Mato Grosso do Sul, que o bebê era recepcionado beira leito, dentro da suíte PPP tinha um bercinho aquecido, ali a gente fazia os primeiros cuidados”. (EO10)

A possibilidade de construção de um protocolo assistencial possibilitou também questionamentos referentes aos documentos internos já existentes da instituição. Os EO julgam não serem usados corretamente ou serem desnecessários, e ainda rotinas de atendimentos que não existe fundamentação e embasamentos científicos para serem utilizados:

“[...] a gente pode rever o partograma que é usado, pensei nisso agora, ele é um partograma que a gente tem ali, porque não tem nada a ver com nada, primeiro que de fato ele nem é usado, ele é preenchido depois que o bebê nasce”. (EO1)

“[...] a gente está vendo que não acontece bem de acordo que está escrito na literatura, a gente fazer uma ficha? uma complementação da SAEP que vocês já usam? não estou querendo burocratizar nada viu, mas colocar uma coisa que nos auxilie nesse momento, talvez o protocolo seja esse momento de colocar uma ficha que possa nos auxiliar”. (EO6)

“eu já fiz vários questionamentos, já mandei e-mail, já formalizei em relação a questão do miso. Qual foi o posicionamento que recebi da chefe geral da farmácia? Que pra ela manter o miso na quantidade que eu havia solicitado, ela precisaria de um farmacêutico 24h aqui na farmácia do CO e ela não tem. Então assim, as coisas aqui realmente são difíceis de avançar por conta desses impasses”. (EO7)

Os enfermeiros embora demonstrem a busca individual pelo conhecimento das PBE, sentem necessidade do oferecimento de atualizações e capacitações institucionais. Esta foi citada por 6 EO em um total de 10 referências, demonstrando a necessidade de capacitação em relação aos cuidados com o RN, realização de suturas, cuidados com armazenamento de medicamentos, atualização de boas práticas no parto, práticas baseadas em evidências, práticas integrativas e complementares. Conforme algumas falas:

“[...] eu acho que precisamos fortalecer, precisamos capacitar nossos colegas é em relação ao balão de tamponamento, descreve ele e o passo a passo da forma artesanal já que o balão”. (EO1)

“[...] pensando como um trabalho em equipe, a gente pode trazer até os pediatras que trabalham no CO, então vamos realizar capacitações juntos, vamos entrar num consenso pra todo mundo trabalhar igual”. (EO2)

“Falta atualização para os profissionais porque eles aprendem de uma forma e vão perpetuando isso para sempre. Então além de fazer o protocolo, na fase de implantação a gente poderia discutir, fazer grupos de estudos [...] a gente precisa conversar para que os enfermeiros que estejam ali gostem e saibam atender dessa forma e embora, apesar da gente não ter como subsidiar isso busquem conhecer as terapias, fazer capacitação para poder usar outros métodos”. (EO7)

“[...] mas estamos melhorando sim no atendimento, quando eu vejo as meninas fazendo eu acho que é muito bacana e que talvez assim, possam até passar isso para nós, não sei uma oficina? Pra gente aprender fazer, sabe, [...] Eu acho que isso realmente a gente devia propor oficinas para os outros enfermeiros também ver essas práticas, ia ajudar bastante a parte do spinning babies... nossa! você vê a diferença no atendimento”. (EO10)

Aliado às PBE os EO ainda trazem a possibilidade de um atendimento diferenciado introduzindo algumas práticas integrativas e complementares (PICS) como visto nas falas:

“[...] não dá para a gente simplesmente não colocar essas práticas alternativas porque são mais específicas e vai de cada de cada enfermeiro mesmo, eu acho que a gente tem que dar a opção, mostrar o que é. [...] ao mesmo tempo isso que você está falando de não ter organização também é esse o momento, porque é exatamente quando a gente fala de boas práticas não é a gente, mas é estabelecer privacidade pra mulher, é determinar quem vai estar acompanhando o trabalho de parto, é prevenir múltiplos toques, então acho que é esse mesmo sentido de se ter esse protocolo, unir as 2 coisas né. Mas vamos dizer assim, unir as duas coisas, coisas mais holísticas, acupuntura, spinning babies, que não é todo mundo que vai fazer, mas quando que são coisas bem objetivas como: o número de pessoas na sala, então assim eu acho que é o momento de unir as 2 coisas”. (EO6)

“[...] se ele (bebê) está no plano zero o que eu posso fazer a nesse momento? é melhor fazer é as 3 irmãs da Gally, é fazer, oferecer homeopatia? Que é a mulher pode escolher se a melhor posição para ela a bola, é um movimento no sentido de formando um oito? eu acho que é isso que a gente precisa fazer sabe, porque assim você não precisa ser um expert, ninguém precisar ser um expert em homeopatia para você usar esses recursos sabe, são recursos que são cuidados também, que só a gente vai fazer amiga, que se a gente não aplicar isso ninguém mais vai aplicar sabe?”. (EO8)

“colocar como opção no protocolo, como um plus mesmo, colocar essas terapias que é uma coisa boa [...] a gente já colocou, já tem um óleo de lavanda, um óleo de canela, coisas que a gente pode ir colocando devagarzinho e que ir assim colocando Rebozzo, uma compressa quente ou tantas outras coisas mais fáceis de colocar e como Plus mesmo no protocolo”. (EO9)

6.3 AMOSTRA DAS PALAVRAS MAIS FREQUENTES

O item questionamento do software webQDA, mostra as palavras mais frequentes obtidas das transcrições das oficinas, isso possibilitou a representação por nuvem de palavras (Figura 1). Para a obtenção da amostra das palavras foram selecionadas as 150 mais frequentes, sendo aquelas que aparecem em destaque foram as que mais se repetiram, formando a frase: “Enfermeiro precisa protocolo”.

FIGURA 1 - NUVEM DE PALAVRAS MAIS REPETIDAS



FONTE: Autoras (2021) via *webQDA*®

7 DISCUSSÃO

Foi percebido nesta pesquisa que os participantes tem um entendimento com relação ao seu papel enquanto EO e que eles atuam conforme preconizado pelas instituições que normatizam o atendimento. As recomendações do MS e da OMS são voltadas para que a mulher gestante vivencie da maneira mais positiva o seu processo de parturição e não recomenda ainda que realizados procedimentos e intervenções sem comprovação científica de seus benefícios, para que assim ocorra mudanças na prática clínica, e que se possa uniformizar, padronizar as práticas mais comuns utilizadas na assistência ao parto normal e diminuir a variabilidade de condutas entre os profissionais no processo de assistência ao parto (BRASIL, 2017a; OPAS, 2018).

O papel do EO visa a redução da quantidade de intervenções desnecessárias no processo de assistência ao parto normal e consequentemente os seus agravos estão entre as prioridades nas falas dos participantes. O MS em sua última recomendação, ainda preconiza que sejam difundidas entre os profissionais que atendem ao parto, práticas baseadas em evidências e que deve-se levar em consideração o julgamento individual do profissional, da parturiente e dos pais em relação ao seu filho(a), sendo estes coparticipativos na tomada de decisão no momento dos cuidados individuais (BRASIL, 2017a).

Percebeu-se nesta pesquisa que os EO possuem conhecimento sobre suas atribuições e sobre sua competência técnica, científica e legal para realizar assistência à mulher em processo de parturição e buscam constantemente a autonomia profissional, a garantia e manutenção desta. Relataram ainda uma atuação que envolve avaliação da gestante em trabalho de parto, acompanhamento do trabalho de parto de risco habitual, diagnóstico e prescrição de enfermagem, conforme preconizado pelas resoluções em direcionam sua prática profissional (COFEN, 2016a).

Essa assistência direta à gestante de risco habitual no processo de parturição ainda é recomendada pelos protocolos nacionais assim como enfatizam a necessidade do apoio da gestão das instituições de saúde para viabilizar a atuação dos EO através da adequação de um modelo assistencial favorável às suas práticas, afim de se obter melhores desfechos obstétricos, diminuir o número de intervenções e ainda garantir uma maior satisfação das mulheres com relação à seu atendimento (BRASIL, 2017a).

Em relação a autonomia para exercer sua profissão, os EO demonstraram que está relacionada também com a satisfação ou insatisfação profissional. Um estudo realizado em um hospital universitário no Sul do Brasil mostrou que um dos componentes fundamentais para a satisfação profissional, é a autonomia. A autonomia é entendida como uma independência profissional, liberdade para tomada de decisões dentro de suas atribuições, conhecimentos e embasamento legal. Os autores trazem que para existir autonomia o profissional deve construir uma prática baseada em conhecimentos científicos, habilidades, cuidado holístico e educação em saúde (RIGUE et al, 2016).

Além da clareza de sua atuação profissional e aspectos que envolvem autonomia, a reflexão de quesitos legais também emergiram nos discursos do EO, no que diz respeito aos limites de sua atuação e aos dilemas éticos do cotidiano. Faz-se necessário enfatizar que estes profissionais têm amparo legal pelo seu conselho federal que regulamenta a atuação do EO através da Lei nº 7.498/86 e do Decreto nº 94.406/87, no qual especifica quem é esse profissional e quais as suas atribuições e ainda pela Resolução COFEN nº 524/2016, que detalha as atribuições do EO (COFEN, 2016a).

A lei do exercício profissional da enfermagem em seu Art, 11º, II, c, diz que cabe ao enfermeiro, enquanto integrante da equipe de saúde a prescrição de medicamentos, desde que estes estejam estabelecidos em programas de saúde pública e em rotinas aprovadas pela instituição onde atuam (BRASIL, 1986). Dessa forma a colocação das medicações de uso dos EO tanto no pós-parto como nos atendimentos às emergências obstétricas em protocolo, dará maior segurança e respaldo para a atuação destes.

Na pesquisa os EO trouxeram a necessidade da realização de prescrição medicamentosa no pós-parto como analgésicos, anti-inflamatórios, suplementação de ferro e ainda nos atendimentos de emergência a necessidade de iniciar o protocolo de ressuscitação com a punção de acessos calibrosos e medicações como ocitocina, *Transamin®*, ergometrina e misoprostol. Dessa forma, faz-se necessário que a instituição respalde esses profissionais colocando essas medicações descritas em protocolo. Um Centro de Parto Normal Intra-hospitalar (CPNI) localizado em Teresina-PI, com atuação ativa dos EO, traz em seu protocolo a prescrição de medicamentos para atendimento às emergências obstétricas, condução do parto e prescrição do pós-

parto, algumas medicações descritas nesse protocolo são: ocitocina, dipirona, sulfato ferroso, adrenalina, misoprostol (FMS, 2016).

Uma questão abordada pelos EO sobre o atendimento às emergências obstétricas é com relação aos dilemas no que diz respeito aos limites de sua atuação, pois no atendimento a gestantes de risco habitual, sabe-se da possibilidade de ocorrer emergências. A lei do exercício deixa claro que nos casos de emergência e risco de morte, o EO deve realizar condutas até a chegada do médico, isso inclui a administração de medicações e procedimentos de reanimação se necessário (BRASIL, 1986).

A importância do trabalho em equipe e o trabalho com a equipe multidisciplinar foi apontado como uma necessidade dos EO, visto que entendem e valorizam a troca de experiências, incentiva o crescimento profissional e promove o alinhamento de condutas afim de garantir uma assistência uniforme. Para que ocorra um trabalho em equipe efetivo uma das questões primordiais é a colaboração e a comunicação efetiva interprofissional e com os usuários e/ou população assistida. O trabalho em parceria e colaborativo pode inclusive fortalecer a assistência, o sistema e as políticas de saúde que constituem e consolidam o SUS (SOUZA, 2016).

Uma pesquisa realizada com 21 enfermeiros no estado de São Paulo, sobre o trabalho em equipe colaborativo, mostrou que comunicação, confiança e vínculo, respeito mútuo, reconhecimento do trabalho do outro e colaboração são elementos constitutivos do trabalho em equipe e ainda que os conflitos constituem barreira para efetivá-las (SOUZA, 2016).

Os entrevistados relataram sobre situações que geram conflitos entre a própria categoria profissional e com outras quando presenciam a prática de condutas assistenciais intervencionistas, tanto para o atendimento à parturiente como ao RN, e devido ausência de colaboração e de reconhecimento do trabalho do outro. Contudo, reconhecem a necessidade da parceria colaborativa com a equipe e principalmente no que diz respeito a formação dos profissionais visto que estão inseridos em um contexto universitário. Assim, o papel de educador emergiu nas falas quando recebem residentes e acadêmicos, e quando exercem sua atividade de educação em saúde com as pacientes e acompanhantes. Os EO referiram a necessidade de tomar esse papel para si e trabalhar no sentido de formar profissionais qualificados, que compreendam a necessidade de prestar uma assistência segura, baseada em evidências e menos intervencionista.

Um estudo sobre o papel do enfermeiro enquanto educador em saúde traz o ensino como prática social que é capaz de produzir saberes pedagógicos e ressalta ainda a necessidade dos enfermeiros adotarem uma postura ativa diante dos acadêmicos, seguindo um espírito criativo e transformador. É necessário que os enfermeiros se portem como agentes transformadores da prática assistencial através de uma influência positiva na formação de novos profissionais (FRANCO, 2015).

Os EO em suas falas trouxeram questões referentes aos documentos internos já existentes da instituição. Foi levantada a dificuldade para o preenchimento de instrumentos e a utilização de um sistema com diagnósticos e prescrições de enfermagem pré-estabelecidas tornando o cuidado não individualizado. Sobre os registros de enfermagem, os EO relataram a necessidade de realizar a evolução clínica em um mesmo documento que os profissionais médicos para possibilitar a continuidade da assistência.

O COFEN, por meio da resolução nº 514/2016, aprova o lançamento de um guia com recomendações para nortear os profissionais de enfermagem quanto aos elementos essenciais dos prontuários dos pacientes (COFEN, 2016b). Este guia enfoca que as anotações e evoluções devem ser registradas em documento específico contendo os cuidados prestados, sinais e sintomas, intercorrências e respostas do paciente (COFEN, 2016c). Os registros de enfermagem são necessários para constituir o plano de cuidado e para a elaboração da evolução de enfermagem, e ainda fundamentar melhores práticas assistenciais, possibilitando o desenvolvimento de estratégias e ações que visem melhorias no cuidado e garantia de respaldo legal ao profissional (SILVA, 2016).

Diante de todo esse processo de reconhecimento profissional, de busca por autonomia, alinhamentos entre equipe, alinhamento da assistência e das práticas de cuidado, emergiu a verbalização pelos EO da necessidade de construção de um protocolo assistencial para nortear a assistência ao parto vaginal pelo EO.

Contudo, mesmo diante de documentos legais nacionais e internacionais para amparar a prática profissional dos EO, há necessidade de um documento interno da instituição que ampare as práticas assistenciais. O protocolo assistencial é um instrumento legal que tem por finalidade direcionar a assistência com decisões adequadas e pertinentes em situações de prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Esse documento baseia-se nas melhores evidências científicas e busca alinhar

ações de cuidado e qualificar os profissionais para tomada de decisões. (PIMENTA et al., 2015).

É importante lembrar que os protocolos assistenciais são instrumentos legais com base em evidências científicas, cujo principal objetivo é nortear decisões com relação à assistência em situações de prevenção de doenças, recuperação ou reabilitação da saúde. O protocolo é tido como positivo, visto que ele pode alinhar ações de cuidado e auxilia os profissionais para que adotem condutas e decisões (PIMENTA et al., 2015). Dessa forma, os protocolos assistenciais vão auxiliar os EO nos cuidados de saúde prestados, padronizar suas atividades e organizar os serviços.

Para os participantes dessa pesquisa a PBE foi o tema bem relevante, tendo um total de 43 citações e uma taxa de densidade de 30,7%, na enfermagem esta vem sendo discutida a algum tempo e cada vez se destaca mais pela necessidade do fortalecimento enquanto profissão. Revisão integrativa sobre a temática evidenciou avanços quanto ao aumento e utilização de pesquisas científicas para a prática do enfermeiro, o que fortalece a autonomia e a qualidade do cuidado, sendo o Brasil, dentro os países identificados no estudo, o terceiro lugar no número de publicações, perdendo somente para os Estados Unidos e Canadá respectivamente (WEBER et al, 2019).

A busca do enfermeiro em trabalhar sua prática profissional fundamentado em evidências científicas vem transpondo a barreira entre a pesquisa e o cuidado, tendo um foco na busca de uma autonomia e fortalecimento do protagonismo desses profissionais. A PBE possibilita ao enfermeiro uma qualificação do cuidado e uma maior autonomia na resolutividade de situações de sua prática por meio de dispositivos e estratégias específicas (WEBER et al, 2019).

Sendo a qualificação profissional um dos fatores relacionados à PBE e a melhores desfechos relacionados à assistência, foi reportado pelos participantes dessa pesquisa uma necessidade de atualização profissional com relação às boas práticas da assistência à mulher e ao RN, manejo e conservação de medicações específicas. Assim, torna-se relevante o investimento em Educação Permanente em Saúde (EPS), trata-se de incentivo a formação com base no saber e o fazer dos profissionais da saúde e dos usuários que interagem. Baseia-se na aprendizagem significativa e na perspectiva de transformação das práticas profissionais através da reflexão das práticas de saúde (FIGUEIREDO et al, 2017).

Estudo realizado no Rio Grande do Sul em 2017 mostra as dificuldades dos enfermeiros de uma instituição hospitalar para trabalhar a EPS, devido a demanda significativa da assistência. Dessa forma, inviabilizando cursos de capacitação e atualização para os profissionais, o que repercute diretamente na qualidade da assistência prestada pela equipe. Foi apontado ainda dificuldades quanto à realização de ações de EPS nas instituições de saúde, a baixa adesão dos profissionais relacionados à distância para realizar a atividade, dificuldade com transporte, outras atividades pessoais e acreditar ser desnecessário ou já ter esse conhecimento (LAVICH et al, 2017).

Um diferencial evidenciado nesta pesquisa é a busca individual destes EOS em cursos para aprimorar sua atuação profissional, que se traduz mediante a necessidade de incorporação das práticas integrativas e complementares (PICS) como um recurso a ser implementado e como um diferencial de sua assistência. As PICS são alternativas terapêuticas baseadas em conhecimentos tradicionais que buscam dar protagonismo a pessoa com relação ao seu cuidado (LAVICH et al, 2017).

A introdução dessas PICS nos sistemas públicos de saúde internacionais já vem de longa data, com a Primeira Conferência Internacional de Assistência Primária em Saúde (Alma Ata, Rússia, 1978), onde constam as primeiras recomendações para a implantação das medicinas tradicionais e práticas complementares. No Brasil esse movimento ganhou força a partir da Oitava Conferência Nacional de Saúde (1986). A partir de Alma Ata a OMS firmou o compromisso de incentivar os Estados-membro a formularem políticas públicas para uso racional e integrado das Medicinas Tradicionais e das Medicinas Complementares e Alternativas nos sistemas nacionais de atenção à saúde, bem como para o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade (TELESI JÚNIOR, 2016).

As PICS buscam uma abordagem para estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de técnicas eficazes e seguras, visando uma escuta acolhedora, formação de vínculo terapêutico e na conexão entre o ser humano, o meio ambiente e a sociedade. Além de buscar uma visão ampliada no processo saúde-doença e a promoção do cuidado humano com enfoque principal no autocuidado (TELESI JÚNIOR, 2016).

O MS em 2006 publicou a Portaria GM nº 971, sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), a fim de garantir uma

atenção integral, tendo como foco principal a prevenção de agravos e recuperação da saúde, na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Essa política traz algumas práticas como a acupuntura, a homeopatia, aromaterapia, cromoterapia, uso de plantas medicinais, entre outras. A PNPIC visa disponibilizar uma abordagem ao indivíduo tendo como ênfase a integração do ser humano, o ambiente e a sociedade, escuta acolhedora, tendo por meta o desenvolvimento de vínculo (BRASIL, 2006).

Quando se pensa no que fazer para trazer alívio da dor diante da mulher em trabalho de parto, faz-se necessário pensar em práticas para auxiliá-la a se reconectar com seu corpo e sua essência, considerando as particularidades de cada mulher, os diversos aspectos envolvidos no trabalho de parto e parto e respeitando seus sentimentos e sua vivência. O EO já atua em sua prática com diversos métodos complementares para o alívio da dor durante o trabalho de parto como o banho de imersão ou aspersão, uso da bola suíça, exercícios de respiração, reflexologia (PIMENTEL, 2016).

Contudo, outro método que vem ganhando notoriedade pelos benefícios de sua aplicação é o *Spinning Babies*, trata-se de uma abordagem ao parto através de exercícios para estimular a flexibilidade da pele e facilitar a rotação e descida do bebê. Esta técnica é amparada por conhecimentos de anatomia e fisiologia do nascimento visando uma forma inovadora e menos intervencionista de abordagem ao parto (TULLY, 2016).

Outra prática integrativa apontada foi o uso de óleos essenciais. Uma revisão de escopo realizada em 2019 sobre o uso de óleos essenciais no trabalho de parto e parto em centros hospitalares, evidenciou seu uso associados à massagens, inalação sobre um tecido, sobre as mãos ou por escalda-pés, o que auxiliou na diminuição da dor e da ansiedade, melhora da satisfação materna e diminuição da duração do trabalho de parto, náusea e vômito. O óleo mais utilizado foi o óleo de lavanda, seguido de Laranja (*citrus aurantium*) e rosa damascena (PAVIANI; TRIGUEIRO; GESSNER, 2019).

Assim, apesar da prática baseada em evidências permear a atuação e assistência do EO, as práticas integrativas também fazem parte dos cuidados oferecidos a partir da aceitabilidade da parturiente.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O protocolo construído em conjunto com os EO permitirá uma possibilidade de trabalhar de forma mais segura e uniforme. Diante das falas dos EO foi percebido que as maiores dificuldades e fragilidades apontadas refletem na ausência de protocolos assistenciais para o atendimento à mulher em processo de parturição, ou ainda necessidade de atualização e treinamento da equipe.

Observou-se que os EO entendem a necessidade de protocolos assistenciais como garantia para a sistematização da assistência e organização dos processos de trabalho. Esse instrumento de trabalho visa dar aos profissionais alinhamento de suas ações com práticas baseadas nas mais atuais evidências, atuando de acordo com as boas práticas de assistência ao parto e nascimento, levando em consideração a necessidade dos EO, a equipe multiprofissional, o processo de trabalho, estrutura física.

Os EO são profissionais que atuam na assistência direta à mulher no processo de parturição, tendo um papel fundamental que pode contribuir para assistência livre de danos e intervenções desnecessárias. Esse processo de cuidar do EO leva em consideração a individualidade de cada mulher para a realização de práticas baseadas em evidências e práticas integrativas e complementares. Este estudo mostrou a ótica dos EO que atuam no CO de uma maternidade, como eles compreendem sua assistência e sobre sua relação de cuidado à essa mulher em trabalho de parto e parto.

Acredita-se que os objetivos do estudo foram alcançados, tendo em vista como produto desta trabalho a construção do protocolo denominado “Protocolo para assistência ao parto vaginal de risco habitual pelo Enfermeiro Obstetra em centro obstétrico” foi possível mediante a participação ativa e direta dos EO que atuam na unidade, fazendo com que assim os profissionais sintam-se mais envolvidos e pertencentes a este instrumento para efetivar seu cuidado e pratica assistencial, dessa forma tornando este instrumento o mais favorável à sua assistência e à suas necessidades.

Através das falas apresentadas nos resultados da pesquisa foi possível compreender que embora exista um grau de insatisfação, o desejo por adequações em alguns quesitos e por melhoria da assistência para as mulheres, garantir uma

experiencia positiva e melhorar sua autonomia e protagonismo fazem com que estes profissionais lutem a cada dia por mudanças.

Como limitações desta pesquisa ressalta-se que estes dados são referentes e aplicáveis a esta população entrevistadas, não sendo passível de generalização. Contudo, destaca-se a importância de que estudos desta natureza sejam replicados em outras instituições e que se construam protocolos assistenciais com os envolvimento de todos os profissionais e tem potencialidade de sua aplicação.

Para o desenvolvimento metodológico dessa pesquisa optou-se pela PCA, e foi percebido que esta possibilitou alcançar o objetivo do estudo. A inserção da pesquisadora no campo de pesquisa auxiliou na construção e condução do curso e oficinas com os demais EO da equipe. Foi percebido um sentimento de confiança e perspectivas de mudança para a prática assistencial, tendo em vista a participação, envolvimento e colaboração dos participantes na construção do protocolo. Dessa forma ficou evidenciado que, ao trazer os EO para colaboração direta na pesquisa e construção do protocolo, estabeleceu-se a reflexão, diálogo e pensamento crítico entre os profissionais.

A coleta de dados foi realizada através de um curso assíncrono realizado pelos EO no ambiente virtual de aprendizagem e de oficinas síncronas através de aplicativo de reuniões virtuais devido a pandemia da COVID. Algo que poderia ter sido negativo, se mostrou positivo, tendo em vista a possibilidade de ofertar as oficinas em dois turnos diferentes, dessa forma a maioria dos participantes puderam se organizar e colaborar. A interação nas oficinas possibilitou momentos de trocas, informações e condutas que ocorrem nos diferentes momentos do dia nos plantões.

Houve contribuição para a maternidade campo de estudo através do curso remoto ofertado com atualização sobre as boas práticas na assistência ao parto e com um protocolo assistencial. Para esta pesquisadora este estudo contribuiu significativamente como estudante, como profissional e no âmbito pessoal, tendo em vista todo conhecimento adquirido, compartilhado e ainda a aproximação com os colegas de trabalho e as trocas vivenciadas. Diante disso faz-se necessário e fundamental um agradecimento ao Programa de Mestrado em Práticas de Saúde da Universidade Federal do Paraná, às chefias da Unidade Materno-Infantil e do Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico e aos colegas EO pela participação no curso, oficinas e contribuições para construção do protocolo.

Faz-se importante ressaltar que esse protocolo foi pré-aprovado pela direção, a qual informou que será colocado uma cópia impressa no setor e posterior implantação e implementação. Este protocolo foi solicitado pela direção da maternidade e serviu de base para a construção de outros protocolos em desenvolvimento na instituição.

Destaca-se que mesmo diante da pandemia que se instalou no Brasil e no mundo, foi possível ajustar e adequar a pesquisa, coleta de dados, reuniões de orientação, resultado na construção do protocolo intitulado “Protocolo para assistência ao parto vaginal de risco habitual pelo Enfermeiro Obstetra em centro obstétrico” e de sinalização de interesse da chefia para a implantação e implementação deste protocolo.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Torcata et al. Percepção de enfermeiras obstetras sobre o modelo e prática assistencial em uma maternidade filantrópica. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, RS, v. 9, n. 30, p. 1-19, set. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/34868/html>. Acesso em: 05 jun. 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BAYLISS-PRATT, Lisa; DALEY, Matthew; BHATTACHARYA-CRAVEN, Adrita. Nursing Now 2020: the Nightingale Challenge. *International nursing review*, v. 67, n. 1, p. 7-10, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inr.12579>. Acesso em: 05 jun. 2020.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acesso em: 01 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/MS nº 569 de 1º de junho de 2000**. Brasília, 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 01 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Portaria/GM nº 569, de 01 de junho de 2000**. Brasília, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 01 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **2004 ano da mulher**. Brasília, 2004a. 186 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2004_anodamulher.pdf. Acesso em: 07 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2004b. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. Acesso em: 07 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **Manual técnico pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. Acesso em: 07 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 1.459, de 24/6/2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 01 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: Princípios e Diretrizes. Brasília, 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf. Acesso em: 01 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Além da sobrevivência**: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília, 2013. 50p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alem_sobrevivencia_praticas_integradas_atencao.pdf. Acesso em: 07 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**: Relatório de Recomendação. Brasília, 2016. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf. Acesso em: 05 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **Diretrizes Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Brasília, 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 05 jun. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (ApiceOn)**. Brasília, 2017b. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/>. Acesso em: 25 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha**: panorama. Brasília, 2017c. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/rede-cegonha/panorama>. Acesso em: 07 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de informações sobre Mortalidade - SIM. **Consolidação da base de dados de 2019**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>. Acesso em: 20 maio 2021.

CASEY, Mary et al. *“Providing a complete episode of care”: A survey of registered nurse and registered midwife prescribing behaviours and practices*. **Journal of clinical nursing**, v. 29, n. 1-2, p. 152-162, 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocn.15073>. Acesso em: 05 jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 08 jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 524/2016**. Trata da Atuação do Enfermeiro Obstetra e dá outras providências. Brasília, 2016a. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html. Acesso em 15 maio 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 514/2016**. Aprova o Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem. Brasília, 2016b. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html. Acesso em: 10 jun. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem**. Brasília, 2016c. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Nursing Now visa o fortalecimento da categoria e a formação de milhares de profissionais**. 2019. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/nursing-now-visa-o-fortalecimento-da-categoria-e-a-formacao-de-milhares-de-profissionais_70315.html. Acesso em 15 maio 2019.

COSTA, Ana Maria. **Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 319-35.

CRUZ Foam et al. Validation of an educative manual for patients with head and neck cancer submitted to radiation therapy. *Rev Latino-Am Enferm*. 2016[citado em 2016 dez. 15];24:e2706. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&

FIGUEIREDO, Eluana Borges Leitão de et al. Dez anos da educação permanente como política de formação em saúde no Brasil: um estudo das teses e dissertações. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 1, p. 147-162, 2017. Disponível: <https://www.scielo.br/j/tes/a/9gtk7TKkLH5Ns7ZhzWbJQqm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre parto e nascimento**. 2014. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>. Acesso em: 01 jun. 2020.

FRANCO, Maria Amélia Santoro. Práticas pedagógicas de ensinar-aprender: por entre resistências e resignações. **Educação e Pesquisa**, v. 41, n. 3, p. 601-614, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v41n3/1517-9702-ep-41-3-0601.pdf>. Acesso em: 10 de abr. 2016.

FLOYD, Robbie Davis. *The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth*. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 75, p. S5-S23, 2001. Disponível em: http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/the_technocratic_humanistic_and_holistic_paradigms_of_childbirth.pdf. Acesso em 30 maio 2021.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVE (ICM). **Essential Competencies for Midwifery Practice**. 2019. Disponível em: <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/essential-competencies-for-midwifery-practice.html>. Acesso em: 05 jun. 2020.

LAVICH, Claudia Rosane Perico et al. Ações de educação permanente dos enfermeiros facilitadores de um núcleo de educação em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 1, 2017. Disponível em: doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.62261>. Acesso em: 05 jun. 2020.

LEAL, Maria do Carmo et al. *Provider-initiated late preterm births in Brazil: differences between public and private health services*. **PLoS One**, v. 11, n. 5, p. e0155511, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27196102/>. Acesso em: 29 maio 2021.

LENNON, Roisin; FALLON, Anne. *The experiences of being a registered nurse prescriber within an acute service setting*. **Journal of clinical nursing**, v. 27, n. 3-4, p. e523-e534, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28960622/>. Acesso em: 05 jun. 2020.

LIRA, Ivana Mayra da Silva et al. *Intervención educacional para la mejora en la asistencia al trabajo de parto normal*. **Enfermería Global**, v. 19, n. 58, p. 226-256, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-ET1-5641>. Acesso em: 01 jun. 2020.

MAGALHÃES, Tayná Tomé de Souza; TAFFNER, Viviane Barrére Martin. Dificuldades para a atuação autônoma do enfermeiro obstetra no Brasil. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 9, n. 4, p. 685-697, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n4.p685a697>. Acesso em: 01 jun. 2020.

MAIA, Mônica Bara. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Editora Fiocruz, 2010.

MARINS, Rafaela Berneira et al. Tecnologias de cuidado para o alívio da dor na parturição. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 12, p. 276-281, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8502>. Acesso em: 01 jun. 2020.

OGUISSO, T.; FREITAS, G. O exercício da enfermagem no contexto atual. In: **Legislação de enfermagem e saúde**: histórico e atualidades. 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher**: Assembléia Geral na Resolução 2263(XXII), de 7 de novembro de 1967. Genebra, 1967. Disponível: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Direitos-da-Mulher/declaracao-sobre-a-eliminacao-da-discriminacao-contra-a-mulher.html>. Acesso em: 01 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração e programa de ação de Viena**: Conferência Mundial sobre Direitos Humanos. Viena, 1993. Disponível

em:

<https://www.oas.org/dil/port/1993%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20e%20Programa%20de%20Ac%C3%A7%C3%A3o%20adoptado%20pela%20Confer%C3%Aancia%20Mundial%20de%20Viena%20sobre%20Direitos%20Humanos%20em%20junho%20de%201993.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva**. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51552>. Acesso em: 25 jan. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Año Internacional del Personal de Enfermería y de Partería**. 2019. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15114:international-nurses-day-2019&Itemid=39594&lang=es. Acesso em: 05 maio 2020.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, p. S25-S32, 1998.

PAIM, Lygia et al. Pesquisa convergente-assistencial e sua aplicação em cenários da enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 3, 2008. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/12990/8775>. Acesso em: 05 maio 2020.

PAIM, Lígia; TRENTINI, Mercedes. Pesquisa convergente assistencial e seus atributos. In: **Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2014, p. 21-28.

PAIM, Lígia; TRENTINI, Mercedes; SILVA, Denise Maria Guerreiro V. da. Pesquisa convergente assistencial. In: **Pesquisa convergente assistencial: da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, 2015, p. 184-200.

PAVIANI, Bibiana Amaral; TRIGUEIRO, Tatiane Herreira; GESSNER, Rafaela. O uso de óleos essenciais no trabalho de parto e parto: revisão de escopo. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, p. 1-8, 2019. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1262.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2021.

PILER, Adriana Aparecida. **Boas práticas obstétricas: guia para sistematização dos cuidados de enfermagem no processo de parturição**. Dissertação (mestrado). Programa de pós-graduação em enfermagem, setor da saúde. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2018.

PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos et al. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. COREN-SP, 2015. Disponível em: <http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>. Acesso em: 19 maio 2019.

PIMENTEL, RMR et al. Atuação da enfermeira obstétrica na mudança do paradigma assistencial: experiências em um centro de parto normal. In: Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal. **Anais...** Campo Grande (MS) CCARGC, 2018. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/cobeon/68530->

atuacao-da-enfermeira-obstetrica-na-mudanca-do-paradigma-assistencial--experiencias-em-um-centro-de-parto-normal. Acesso em: 14 mar. 2020.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

POSSATI, Andrêssa Batista et al. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 1-6, 2017. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000400203&script=sci_arttext&lng=pt. Acesso: 05 jan. 2020.

PRÁ, Jussara Reis; EPPING, Léa. Cidadania e feminismo no reconhecimento dos direitos humanos das mulheres. **Revista Estudos Feministas**, v. 20, n. 1, p. 33-51, 2012.

RIGUE, Amanda Ceschini et al. Satisfação profissional: percepção de enfermeiros de um hospital universitário. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 3, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/46199/pdf>. Acesso em: 20 mar. 2021.

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. Nascer no Brasil" em tempo": uma questão de hierarquia das intervenções no parto?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S35-S36, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XCO02S114>. Acesso em: 10 set. 2020.

SABATINO, HUGO. **Atenção ao nascimento humanizado - baseado em evidências científica: paradigmas no trabalho de parto**. Editora kindle, 2014.

SANDALL, Jane et al. *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women*. **Cochrane database of systematic reviews**, n. 4, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27121907/>. Acesso em: 25 jan. 2020.

SCHWANTZ, Heloisa Faleiro et al. Percepções sobre a atuação do enfermeiro obstetra. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 12, n. 11, p. 335-351, 2018.

SILVA, Thaynan Gonçalves da et al. Conteúdo dos registros de enfermagem em hospitais: contribuições para o desenvolvimento do processo de enfermagem. **Enferm. foco (Brasília)**, p. 24-27, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.n1>. Acesso em: 01 jun. 2020.

SOUSA, Maria H. et al. *Severe maternal morbidity (near miss) as a sentinel event of maternal death. An attempt to use routine data for surveillance*. **Reproductive health**, v. 5, n. 1, p. 1-8, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2583985/>. Acesso em: 04 maio 2020.

SOUZA, Geisa Colebrusco de et al. *Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration?*. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 4, p. 642-649, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500015>. Acesso em: 04 maio 2020.

TELESI JÚNIOR, Emílio. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos avançados**, v. 30, n. 86, p. 99-112, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.00100007>. Acesso em: 29 maio 2021.

TONG, Allison; SAINSBURY, Peter; CRAIG, Jonathan. *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups*. **International journal for quality in health care**, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>. Acesso em: 29 maio 2021.

TRENTINI, M. O processo convergente assistencial. In: **Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2014, p. 31-47.

TULLY, Gail. **Spinning Babies**: Guia de Consulta Rápida. Coleção Parto com Prazer, 2016.

VICTORA, Cesar G. et al. **Saúde de mães e crianças no Brasil**: progressos e desafios. 2011. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/saude-de-maes-e-criancas-no-brasil-progressos-e-desafios/>. Acesso em: 04 maio 2020.

WEBER, Mônica Ludwig et al. Prática de enfermagem baseada em evidências e suas implicações no cuidado: uma revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual**, 2019.

WEBQDA. **webQDA – Software de Análise Qualitativa de Dados**. 2021. Disponível em: <https://www.webqda.net/>. Acesso em: 02 jun 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Appropriate technology for birth*. **Lancet**, v. 2, p. 436-437, 1985. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/appropriate-technology-for-birth-who/>. Acesso em: 30 abr. 2021.

APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Pesquisa: **Protocolo Assistencial para atuação do Enfermeiro Obstetra no centro obstétrico de uma maternidade de risco habitual**

Pesquisador responsável: Enf.^a Prof.^a Dr.^a Tatiane Herreira Trigueiro

Mestranda: Enf.^a Obstetra Caroline Sampaio Franco

Local da coleta de dados: Centro Obstétrico

PERFIL DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS (EO)

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Tempo de formação em graduação: _____

Tempo de formação em EO: _____

Tempo de atuação na maternidade: _____

Tempo de atuação no CO: _____

Horário de trabalho: _____

ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Atua somente como EO? () SIM () NÃO

Se não, qual outra área de atuação: _____

Já trabalhou com Protocolo Assistencial para o EO em alguma Instituição?

() SIM () NÃO

Qual? _____

ROTEIRO PARA AS OFICINAS

OFICINA 1- Reflexão sobre a prática profissional do EO que atua em CO

1. Como você percebe seu trabalho como EO que atua em CO?
2. Qual sua percepção sobre seu trabalho à mulher que interna no CO?
3. O que traz satisfação no trabalho que você desempenha e o que te traz insatisfação?
4. Se você pudesse citar sua atuação no CO quais são suas atividades como EO?
5. Sua atuação no seu local de trabalho possibilita você desenvolver as PBE? Explique.
6. Para você, existem divergências no seguimento das PBE no CO? Quais?

7. Qual a necessidade de protocolos em sua assistência?

OFICINA 2 Atuação do EO – Condutas na admissão, indução e assistência ao trabalho de parto e parto

1. Conforme a assistência pelo EO no CO há dúvidas ou necessidade de informações sobre:
Admissão da mulher no CO
Indução de trabalho de parto
Prescrição de métodos não farmacológicos para alívio da dor
Assistência direta ao trabalho de parto e parto
2. Conforme os tópicos discutidos anteriormente, existem condutas que você como EO poderia desenvolver legalmente e não o faz no CO? Quais?

OFICINA 3 Atuação do EO- Condutas em emergências obstétricas, pós-parto e processo de abortamento

1. Conforme a assistência pelo EO no CO há dúvidas ou necessidade de informações sobre:
Condutas em emergências obstétricas
Evolução e prescrição medicamentosa pós parto
Avaliação do puerpério imediato e alta para alojamento conjunto
Assistência ao processo de abortamento
Respaldo protocolar
2. Quais outras condutas que você como EO desenvolve e não foram discutidas anteriormente?
3. Conforme os tópicos discutidos anteriormente, existem condutas que você como EO poderia desenvolver legalmente e não o faz no CO? Quais?

OFICINA 4 - Construção

1. Conforme o esboço do protocolo apresentado, quais suas sugestões?
2. Qual sua percepção e expectativas sobre o protocolo aqui construído?

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Pesquisa: **Protocolo Assistencial para atuação do Enfermeiro Obstetra no centro obstétrico de uma maternidade de risco habitual**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, **Caroline Sampaio Franco e Tatiane Herreira Trigueiro** pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o (a) Senhor(a) Enfermeiro(a) Obstétrico(a) lotado no setor de centro obstétrico da Maternidade Vitor Ferreira do Amaral, a participar de um estudo intitulado: **PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO CENTRO OBSTÉTRICO DE UMA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL**. Tendo como foco fortalecer a Enfermagem Obstétrica no Brasil, e aproveitando esse momento ímpar pelo qual está sendo apoiada em âmbito mundial, tendo como foco a atuação do EO em diversos cenários dentro de uma maternidade, dentre eles o CO, faz-se necessário que estes tenham, além do respaldo legal, um respaldo institucional para o exercício de suas funções, através de normas e rotinas, estabelecidos por meio de protocolos. Apresentamos esse Projeto como uma oportunidade de rever e aprimorar a atuação dos Enfermeiros Obstétricos da maternidade, contribuindo com a criação de um protocolo assistencial para dar-lhes respaldo legal e autonomia profissional durante suas atividades na supracitada maternidade.

O objetivo desta pesquisa é Elaborar protocolo assistencial para a atuação do Enfermeiro Obstetra que atua em Centro Obstétrico de uma maternidade de risco habitual em Curitiba, Paraná.

Caso o(a) Senhor(a) participe da pesquisa, será necessário dispor de 8 (oito) horas de seu tempo, divididos em 4 (quatro) encontros de 2 (horas) cada, durante dias a serem agendados previamente durante seu horário de trabalho para participar de oficinas, as quais guiaram a construção do Protocolo Assistencial.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Alguns riscos que podem relacionados ao estudo podem ser:

A pesquisa não oferecerá riscos físicos aos participantes, porém uma metodologia a ser adotada será realização de oficina, nas quais o participante será convidado a falar sobre sua prática assistencial, vivências e dificuldades no desempenho de suas atribuições, podendo com isso gerar algum desconforto ou constrangimento. Para que seja amenizados esses riscos, será dado ao participantes a garantia de sigilo, anonimato e confidencialidade, através identificação codificada dos participantes, e ainda a opção de relato escrito caso persista o desconforto.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são:

Não haverá benefício financeiro aos participantes da pesquisa. Os benefícios se darão através da devolutiva da pesquisa à Instituição e aos Enfermeiros Obstetras através da elaboração de um Protocolo Assistencial. Para a Instituição terá como benefício um profissional qualificado realizando avaliação, admissão e assistência das pacientes, dessa forma garantindo às usuárias um atendimento respaldado em Lei e de acordo com os princípios do SUS. Já os enfermeiros obstétricos terão maior autonomia para a realização de sua assistência.

As pesquisadoras **Caroline Sampaio Franco e Tatiane Herreira Trigueiro**, responsáveis por este estudo, poderão ser localizados para esclarecer eventuais dúvidas que o (a) Senhor(a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo por e-mail (xcarolsampaio41@gmail.com). Em situações de emergência ou urgência, relacionadas à pesquisa, os mesmos poderão ser contatados pelo telefone (41) 99829-9721 que estará disponível nas 24 horas, com acesso direto com a pesquisadora.

Se o(a) Senhor(a) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041 das 08:00 horas as 14:00 horas de segunda a sexta-feira. O CEP é de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

A sua participação neste estudo é voluntária e se (o Senhor, a Senhora) não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, a saber: Orientadora do estudo: **Tatiane Herreira Trigueiro, Diretora de Enfermagem: Denise Rocha e a Gerente de Enfermagem: Letícia Lima**. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**. Para estudos que envolvem entrevistas gravadas, seu anonimato também será respeitado; tão logo seja transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa, o conteúdo será desgravado ou destruído.

O material obtido (questionários, imagens, gravação) será utilizado unicamente para esta pesquisa e será destruído ou descartado ao término do estudo, dentro de 5 (cinco) anos.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa (transporte, impressão de material) não são de sua responsabilidade e o(a) Senhor(a) não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim nem para meu tratamento ou atendimento ordinários que eu possa receber de forma rotineira na Instituição. Eu entendi o que não posso fazer durante a pesquisa e fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum problema diretamente relacionado ao desenvolvimento da pesquisa.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Nome por extenso, legível do Participante e/ou Responsável Legal

Assinatura do Participante e/ou Responsável Legal

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou seu representante legal para a participação neste estudo.

Nome extenso do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Assinatura do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Curitiba,

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

APÊNDICE 3 – GRUPO WHATSAPP®



APÊNDICE 4 – CRONOGRAMA DO CURSO



CURSO DE CAPACITAÇÃO
E
CONSTRUÇÃO DE PROTOCOLO

**BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO PELO
ENFERMEIRO OBSTETRA EM CENTRO OBSTÉTRICO**

Onde?
Plataforma Moodle (assíncrono)
Microsoft TEAMS (síncrono)

Módulo 1- Boas práticas em enfermagem obstétrica na assistência ao trabalho de parto e parto (1º e 2º estágios)
ENCONTRO SÍNCRONO DIA 3/11 DAS 15 AS 16H, E DIA 04/11 DAS 09 AS 10H.

Módulo 2- Boas práticas em enfermagem obstétrica na assistência no 3º e 4º estágios do parto
ENCONTRO SÍNCRONO DIA 10/11 DAS 15 AS 16H, E DIA 11/11 DAS 09 AS 10H.

Módulo 3-Atuação do enfermeiro obstetra frente às principais emergências obstétricas
ENCONTRO SÍNCRONO DIA 17/11 DAS 15 AS 16H, E DIA 18/11 DAS 09 AS 10H.

Módulo 4-Boas práticas e cuidados ao recém-nascido pelo enfermeiro obstetra
ENCONTRO SÍNCRONO DIA 24/11 DAS 15 AS 16H, E DIA 25/11 DAS 09 AS 10H.

Módulo Final-Encerramento do curso e apresentação da proposta de protocolo
ENCONTRO SÍNCRONO DIA 01/12 DAS 15 AS 16H, E DIA 02/12 DAS 09 AS 10H.

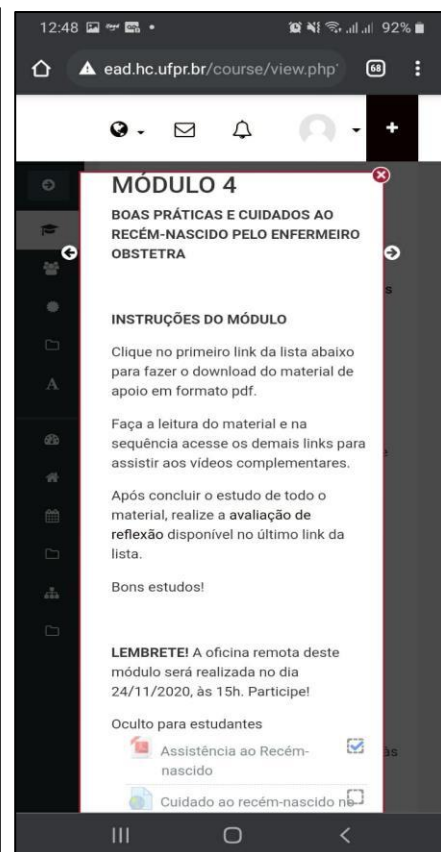
Agradecemos desde já sua participação e esperamos que seja uma excelente experiência!

Tudo o que construímos em conjunto tem mais força.

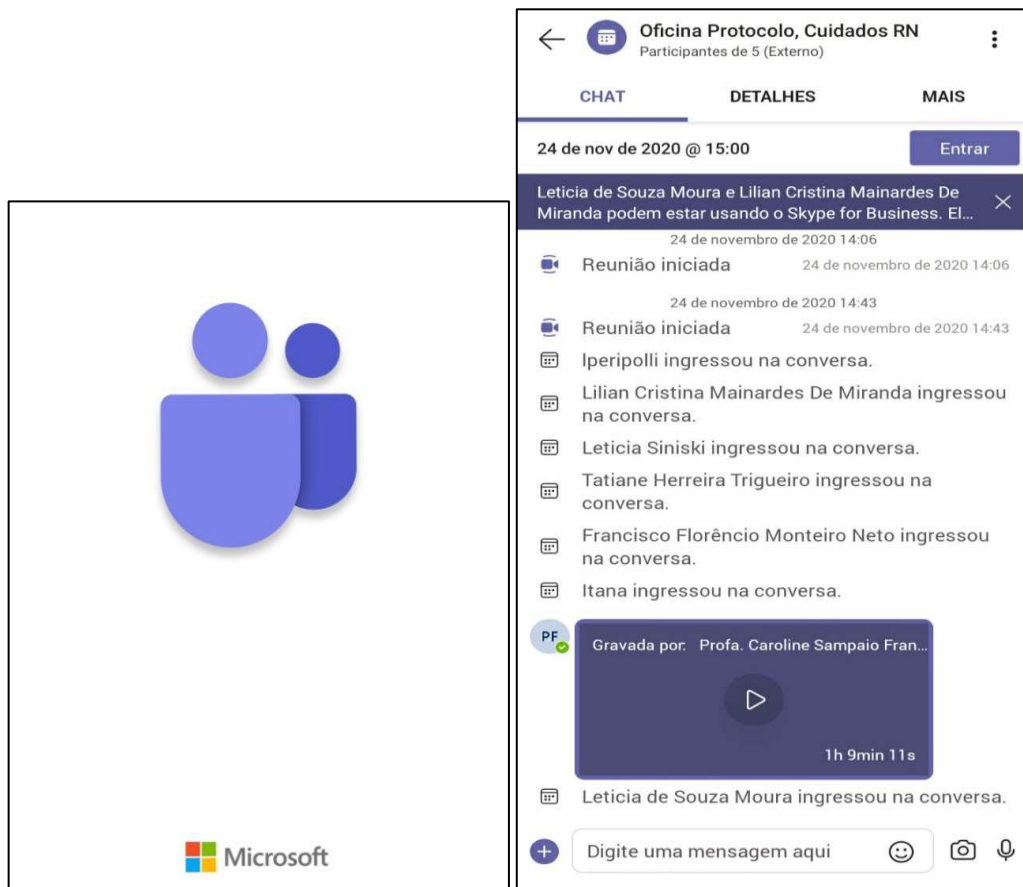
*Será disponibilizado certificado.

Mestranda EO Caroline Sampaio Franco
Profa. Dra. EO Tatiane Herreira Trigueiro
Programa de Pós-Graduação Prática do Cuidado em Saúde
Enfermagem - UFPR

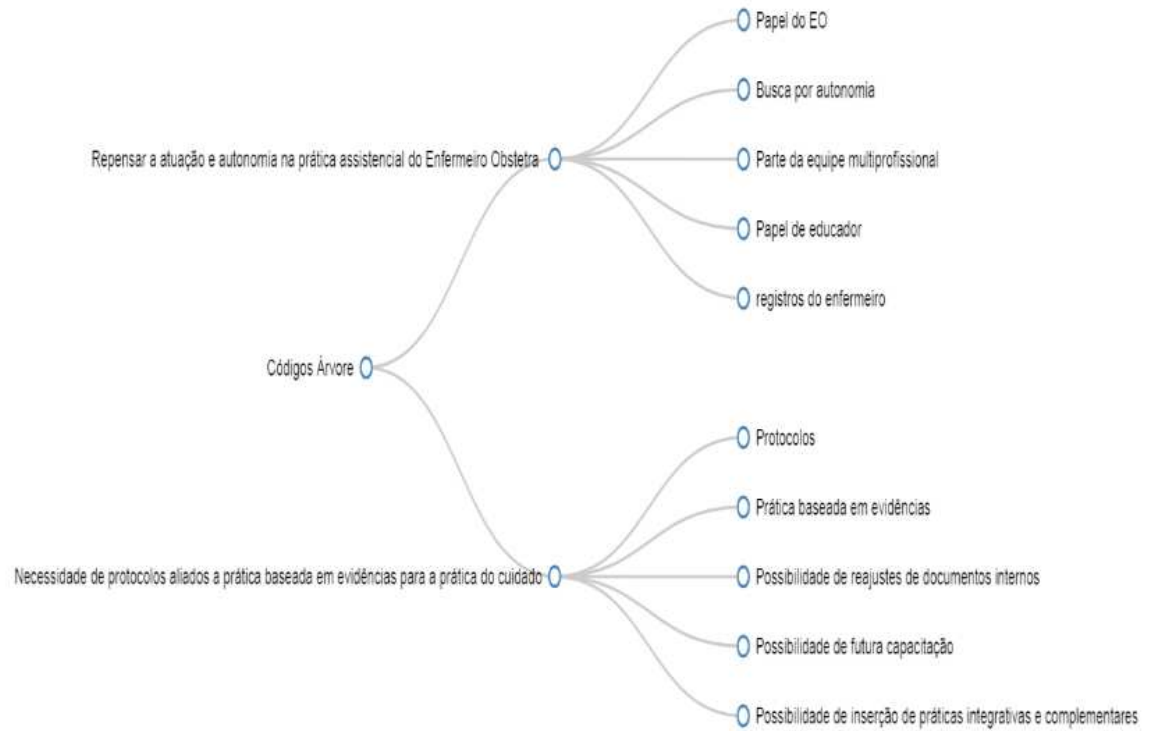
APÊNDICE 5 – CURSO SOBRE BOAS PRÁTICAS NO PARTO



APÊNDICE 6 - OFICINAS SÍNCRONAS



APÊNDICE 7 – CÓDIGOS ÁRVORES



Fonte: Autoras (2021) via *webQDA*®

APÊNDICE 8 – PROTOCOLO ASSISTENCIAL

PROTOCOLO PARA ASSISTÊNCIA AO PARTO VAGINAL DE RISCO HABITUAL
PELO ENFERMEIRO OBSTETRA EM CENTRO OBSTÉTRICO

CURITIBA

2021

ORGANIZAÇÃO E ELABORAÇÃO

Caroline Sampaio Franco

Tatiane Herreira Trigueiro

SUPERINTENDÊNCIA DO CHC/UFPR

Claudete Reggiani

CHEFE DA DIVISÃO MATERNO INFANTIL

Denise Jorge Munhoz da Rocha

CHEFE DA UNIDADE MATERNO INFANTIL

Letícia Siniski de Lima

CHEFE DO CENTRO OBSTÉTRICO

Marcelexandra Rabelo

1. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS DESTE PROTOCOLO

1.1 Embasamento Ético e Legal para atuação do Enfermeiro Obstetra:

- CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, Art. 5, inciso XIII - é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer;
- Lei nº 7.498/86 dispõe que o enfermeiro é um profissional autônomo, legalmente habilitado por lei para exercer suas atividades laborais;
- Lei nº 7.498/86, art. 11, inciso II, dispõe sobre a prescrição pelo enfermeiro de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- Resolução COFEN nº159/93 dispõe sobre a Consulta de Enfermagem em seu Art. 1º - determina que em todos os níveis de assistência à saúde, seja em instituição pública ou privada, a consulta de Enfermagem deve ser obrigatoriamente desenvolvida na Assistência de Enfermagem;
- Resolução COFEN nº 516/2016 dispõe sobre a normatização da atuação do enfermeiro, enfermeiro obstetra, obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos serviços de obstetrícia, centro de parto normal;
- Resolução COFEN nº 564/2017 dispõe sobre o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, destacando-se os princípios fundamentais: O profissional de enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais;
- Resolução COFEN nº195/1997 disciplina no Art. 1º, o procedimento de que o Enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais;
- Portaria Nº 2.815/GM de 29 de maio de 1998, inclui na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) o Grupo de Procedimento e os Procedimento: 35.150.01-7 - Parto Normal Sem Distócia Realizado Por Enfermeiro Obstetra e 35.080.01.9 - Parto Normal Sem Distócia Realizado Por Enfermeiro Obstetra;
- Portaria n.º 163/GM, de 22 de setembro de 1998 regulamenta a realização do procedimento 35.080.01.9 – Parto Normal sem Distócia Realizado Por Enfermeiro

Obstetra e Aprova o modelo do Laudo de Enfermagem para Emissão de Autorização de Internação Hospitalar – AIH para realização de parto normal;

- Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha;
- Portaria Nº 371, de 7 de maio de 2014 estabelece o atendimento ao recém-nascido consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstetra ou neonatal), desde o período imediatamente anterior ao parto, até que o RN seja encaminhado ao Alojamento Conjunto com sua mãe, ou à Unidade Neonatal (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional ou da Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru), ou ainda, no caso de nascimento em quarto de pré-parto, parto e puerpério (PPP) seja mantido junto à sua mãe, sob supervisão da própria equipe profissional responsável pelo PPP. Art. 2º Para prestar este atendimento o profissional médico ou de enfermagem deverá exercer as boas práticas de atenção humanizada ao recém-nascido apresentadas nesta Portaria e respaldadas pela Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde e ser capacitado em reanimação neonatal.
- Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) no SUS do Ministério da Saúde (2016), as PICS são tratamentos que utilizam recursos terapêuticos baseados em conhecimentos tradicionais, voltados para prevenir diversas doenças como depressão e hipertensão. Em alguns casos, também podem ser usadas como tratamentos paliativos em algumas doenças crônicas. Evidências científicas têm mostrado os benefícios do tratamento integrado entre medicina convencional e práticas integrativas e complementares. Além disso, há crescente número de profissionais capacitados e habilitados e maior valorização dos conhecimentos tradicionais de onde se originam grande parte dessas práticas.
- Revisão Sistemática: O uso de óleos essenciais no trabalho de parto e parto: revisão de escopo, que descreve o estado atual dos conhecimentos sobre o uso de óleos essenciais no trabalho de parto e parto.

1.2 Embasamento Teórico e científico:

O Enfermeiro Obstetra tem formação para atuar no período gravídico puerperal com foco em uma assistência humanizada, menos intervencionista e de acordo com o preconizado pela Organização Mundial de Saúde, o Ministério da saúde e as melhores e mais atuais evidências científicas a fim de garantir uma assistência segura e um desfecho positivo para o binômio mãe-filho. Para isso utiliza-se de embasamento teórico e científico em suas práticas assistências, seja em centro obstétrico ou em centro de parto normal (COFEN, 2015).

Para fundamentar esse protocolo, foram realizadas buscas das melhores evidências científicas e melhores práticas assistências visando uma experiência positiva no parto, utilizando-se como principais referências as Diretrizes Assistências para o parto normal do MS (2017) e a diretriz daWHO (2018) denominada *Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*, além de referências como Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Conselho Federal de Medicina (CRM), Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). E ainda, devido ao caráter mais humanizado e voltado para o fisiológico associado à assistência do EO, buscou-se ainda trazer referências e evidências sobre os métodos não farmacológicos e práticas integrativas e complementares descritos como verdadeiramente benéficas para cada período do trabalho de parto e parto.

2. DAS DEFINIÇÕES

2.1 Centro Obstétrico (CO)

O CO é a unidade de atendimento ao parto normal e/ou cirúrgico de risco habitual e alto risco. É um local destinado a receber as parturientes e seus acompanhantes, de forma respeitosa e humanizada permitindo sempre que possível, a evolução do trabalho de parto e parto natural/fisiológico e seguro. A equipe do Centro Obstétrico do Hospital de Clínicas do Paraná, contempla profissionais competentes e especializados de acordo com a assistência necessária. O trabalho é desenvolvido por uma equipe multidisciplinar formada por: médicos obstetras, enfermeiros obstetras, pediatras/neonatalogistas, anesthesiologistas, técnicos de enfermagem e ainda conta com médicos e enfermeiros residentes, e acadêmicos da medicina e enfermagem, para a prestação da assistência segura dentro dos preceitos éticos e de humanização.

2.2. Enfermeiro Obstetra (EO)

A atuação do EO na assistência ao parto é regulamentada pela Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987 que estabelece o seguinte:

Artigo 9º: Às profissionais titulares de diploma ou certificados de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, além das atividades de que trata o artigo precedente, incumbe:

I - prestação de assistência à parturiente e ao parto normal;

II - identificação das distócias obstétricas e tomada de providência até a chegada do médico;

Com o intuito de garantir a atuação da enfermagem obstétrica na filosofia da assistência ao parto humanizado, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (2011), faz-se necessário o atendimento das seguintes propostas:

- Preservar a autonomia do profissional enfermeiro obstetra, que está respaldado na Portaria nº 985/06/09/1999 e na Lei nº 7.498, que regulamenta o exercício da enfermagem no país (BRASIL, 1986), e a Resolução RDC nº 36 de 3 de junho de 2008 (RDC-36, 2008);
- Promover treinamentos conjuntos, baseados em evidências científicas, de médicos, enfermeiras obstétricas e técnicos de enfermagem, para a valorização do trabalho em equipe;
- Estabelecer a segurança na atenção ao parto e nascimento através de práticas verdadeiramente comprovadas com evidências científicas;
- Favorecer o parto humanizado com direito a acompanhante, a oferta de métodos alternativos de alívio da dor, a liberdade de posição no parto, o contato pele a pele mãe-bebê, a amamentação, respeitando as escolhas e as diversidades étnico-cultural;
- Monitorar indicadores epidemiológicos perinatais do serviço de atenção obstétrica e neonatal, bem como divulgar os dados assistenciais.

3. DOS OBJETIVOS DA ASSISTÊNCIA AO PARTO PELO ENFERMEIRO OBSTETRA NO CO

3.1 Objetivo Geral

Contribuir para a promoção do parto e nascimento humanizado e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal e consequente redução das cesarianas com práticas baseadas em evidências científicas.

3.1.1 Objetivos Específicos

- Capacitar a equipe de saúde sobre a utilização das tecnologias não farmacológicas para o alívio da dor;
- Favorecer a presença do acompanhante e/ou doulas na prestação do apoio emocional com a utilização de técnicas para o alívio da dor;
- Prestar assistência humanizada ao parto e nascimento, centrada nas necessidades da mulher respeitando a sua individualidade, privacidade e o direito de escolha da posição do parto;
- Assistir ao parto e ao recém-nascido de risco habitual;
- Fortalecer o vínculo afetivo e amamentação, incentivando o contato pele a pele entre mãe e bebê na primeira hora pós-parto;
- Promover a integração dos docentes, residentes, acadêmicos e profissionais da área médica e de enfermagem que utilizam o CO e CPN;
- Executar a Sistematização da Assistência de Enfermagem à Parturiente e RN, incluindo todas as etapas do processo;
- Promover programa de educação permanente e treinamento em serviço.

4 DO PERFIL E COMPETÊNCIA DA EQUIPE DO CO

Os profissionais que atuam na assistência à mulher dentro do CO, devem ser capazes de (COFEN, 2015; Ministério da Saúde, 2015):

- Atuar em consonância com os princípios filosóficos da assistência preconizada pela rede cegonha;
- Prestar uma assistência compreensiva e personalizada à mulher e seus familiares;
- Apoiar a mulher, seu parceiro e família durante o trabalho de parto, no momento do nascimento e no pós-parto;
- Encorajar a mulher a participar ativamente do seu processo de parturição;
- Monitorar o trabalho de parto com utilização do partograma, realizando intervenções **somente** quando necessárias e **descartadas** técnicas não invasivas;
- Monitorar o estado fetal e posteriormente o recém-nascido, avaliando os fatores de risco e detectando, precocemente, as intercorrências;
- Participar de discussões e ou reuniões clínicas;
- Participar e incentivar a implementação de pesquisas no âmbito do CO, divulgando e aplicando seus resultados;

- Divulgar a filosofia e indicadores assistenciais do CO.

É importante enfatizar a importância do trabalho em equipe, através de uma **atuação colaborativa** entre médicos obstetras, enfermeiras obstetras e demais profissionais envolvidos no cuidado, tendo em vista uma melhor assistência às parturientes.

5 DAS ATRIBUIÇÕES GERAIS DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS

Em conformidade com a Resolução COFEN nº 477/2015:

- Avaliação de gestantes com sinais e/ou sintomas de trabalho de parto;
- Identificar apropriadamente o grau de risco e solicitar avaliação médica quando necessária;
- Realização de cardiocotografia: esta deve ser realizada **somente** quando identificadas alterações persistentes dos batimentos cardio-fetais ou necessidade de avaliação e monitoração fetal à critério do profissional, tendo em vista que a WHO (2018) trás como **não recomendado** a realização de cardiocotografia de rotina em parturientes de baixo risco;
- Cuidar de todas as mulheres em trabalho de parto independente da categoria de risco, sem no entanto, retirar a responsabilidade medica por essas mulheres, visto que, o acompanhamento do trabalho de parto de alto risco é competência médica pois legalmente o enfermeiro obstetra não possui respaldo legal para condução de trabalhos de parto de alto risco e partos distócicos, exceto, até a chegada do médico obstetra responsável;
- Assistência ao parto normal de baixo risco em todas as suas fases, identificação dos desvios da normalidade, tomada de todas as providências e solicitação de assistência médica quando necessário;
- Oferecer apoio emocional, garantir a continuidade do cuidado e promover e proteger a gravidez e o trabalho de parto, na medida do possível, como processos normais e fisiológicos mesmo quando houver necessidade de envolvimento médico;
- Avaliação imediata do recém-nascido após o parto e assegurar que o nascimento ocorra em um ambiente seguro e acolhedor;
- Avaliação do puerpério imediato (SSVV, sangramento, lacerações, globo de segurança de Pinnard);
- Avaliação e orientação da amamentação e identificação de problemas com as mamas;
- Adoção de condutas conforme diretrizes assistenciais;
- Alertar os outros membros da equipe sobre aspectos importantes da história materna ou fetal que possam necessitar intervenções de urgência;

6 DA RECEPÇÃO E ADMISSÃO DA GESTANTE/PARTURIENTE NO CO

Em conformidade com Resolução COFEN nº 477/2015, diretrizes de assistência ao parto normal do MS (2017) e as recomendações para uma experiência positiva no parto da OMS (2018):

- Receber a parturiente e seu acompanhante de forma cordial e respeitosa, chamando-a pelo seu nome;
- Apresentar-se à mulher informando seu nome, cargo e função;
- Conduzir a mulher para seu leito e informá-la que ela irá permanecer nele durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, mas que é livre sua movimentação;
- Informar e orientar a mulher sobre em que estágio do trabalho de parto ela se encontra, ouvindo seus medos, inseguranças e esclarecendo as possíveis dúvidas;
- Proceder a anamnese da parturiente, preenchendo a folha de Evolução Clínica Multiprofissional;
- Verificar se foram realizados os testes rápidos para sífilis e HIV, se realizado pesquisa de cultura para *Estreptococos* do grupo B (GBS), tipagem sanguínea e fator RH e proceder anotação;
- Verificar os sinais vitais (pressão arterial, pulso, temperatura, frequência respiratória e saturação);
- Realizar avaliação obstétrica:
 - Avaliação das mamas (integridade, simetria, mamilos e anormalidade que dificultem ou inviabilizem a amamentação)
 - Medir altura uterina, caso não tenha sido feita na internação
 - Auscultar os batimentos cardio-fetais durante 1 minutos (antes, durante e após a contração) e registrar desacelerações e comunicar equipe médica em caso de situações fetais não tranquilizadoras
 - Realizar dinâmica uterina (DU) durante 10 minutos e anotar total e duração das contrações
 - Durante os 10 minutos de realização da DU, aproveitar o tempo para mais orientações e esclarecimento de dúvidas da parturiente
 - Verificar e anotar perdas vaginais (sangramento, líquido amniótico, tampão mucoso) descrevendo quantidade, coloração e odor
 - Realizar toque vaginal **SOMENTE** se não realizado na internação

- Realizar orientação sobre os direitos da parturiente:
 - Livre movimentação
 - Presença do acompanhante
 - Alimentação (líquidos e alimentos leves)
 - Uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor (informar todos os disponíveis no setor e orientá-la sobre o melhor método de acordo com a fase em que se encontra: deambulação, agachamento, bola, espaldar, cavalinho, banho de aspersão e imersão, massagem, rebozzo, entre outros)
 - Escolha da melhor posição para o parto (informar algumas posições possíveis)
- Estimular a parturiente posições verticalizadas e uma postura ativa no trabalho de parto e parto;
- Identificar diagnósticos de enfermagem e realizar prescrição de enfermagem no Sistema de Informação Hospitalar (SIH);
- Realizar anotação de admissão da parturiente na folha de Evolução Clínica;
- Proceder abertura do partograma (fase ativa do trabalho de parto);
- Caso a mulher tenha plano de parto, discutir com ela e seu acompanhante, assinar o recebimento e registrar no prontuário.

7 DA ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO TRABALHO DE PARTO NO CO (1º ESTÁGIO)

Em conformidade com Resolução COFEN nº 477/2015, diretrizes de assistência ao parto normal do MS (2017) e as recomendações para uma experiência positiva no parto da OMS (2018):

- Promover ambiente adequado para uma melhor evolução do trabalho de parto fisiológico (calmo, seguro, baixa luminosidade, privacidade);
- Permitir a ingestão de líquidos e alimentos leves;
- Encorajar a mulher a adotar posições verticais e conduta ativa durante essa fase;
- Oferecer métodos de alívio da dor disponíveis e orientá-la sobre seu uso de acordo com a fase em que se encontra;
- Sempre que for realizar alguma avaliação, procedimento ou conduta, informar a parturiente e solicitar sua permissão para fazê-lo;
- Realizar DU: colocar a mão sobre o abdômen materno durante 10 min e anotar o total e duração das contrações;

- Realizar ausculta dos BCF a cada 1h durante a fase ativa e a cada 30 minutos quando dilatação completa e a cada 15 minutos no período expulsivo: auscultar por 1 minuto (antes, durante e após a contração), anotar desacelerações ou taquicardias fetais, comunicar ao médico padrões anormais da ausculta;
- Realizar toque vaginal somente a cada 4h ou se possível postergar o toque, principalmente em caso de parturiente com bolsa rota;
- Utilizar outros parâmetros para a avaliação da progressão da dilatação: Linha púrpura, Descida e rotação da ausculta do BCF, Comportamento da mulher, Quadrilátero de Michaelis.
- Avaliar perdas de líquido amniótico (cor, odor e presença de mecônio)
- Anotar uso de uterotônicos, início, controle e indicação;
- Preencher partograma;
- Identificação de falha de progressão do trabalho de parto (dilatação menor que 2 cm em 4 horas, ausência de descida e rotação do polo cefálico, padrão ineficaz de contrações (duração e/ou frequência):
 - Orientar postura ativa do trabalho de parto;
 - Estimular movimentação e verticalização;
 - Utilizar métodos descritos conforme conhecimento e segurança do EO: Spinning Babies, Rebozo, Aromaterapia, Escalda-pés
 - Em caso de insucesso analisar e discutir com equipe médica a necessidade de amniotomia: orientar a mulher sobre o procedimento, informar o objetivo da realização, informar que isso poderá aumentar a intensidade e dor das contrações e solicitar permissão para realizar;
 - Estimulação ocitócica (a partir de 8cm para condução do trabalho de parto). No caso de necessidade do uso da ocitocina, a conduta deve ser decidida após discussão do caso junto ao médico obstetra, adotando o uso racional conforme estabelecido pela OMS;
- Adoção de métodos não invasivos e práticas integrativas e complementares, conforme conhecimento e segurança do enfermeiro obstetra em aplicar;
- Acompanhamento da evolução do trabalho de parto sem distócia com avaliação de sinais vitais maternos, dinâmica uterina, ausculta fetal, toques vaginais (conforme descritos acima);
- Adoção de medidas simples para correção de alterações na frequência cardíaca fetal tais como:

- mudança de posição;
- hidratação com SF 0,9% ou SG;
- oxigenioterapia com 5l de O₂ em cateter nasal;
- Notificar e solicitar avaliação conjunta do médico obstetra se:
 - Presença de líquido amniótico meconial moderado ou espesso e/ou fétido, em situações fetais não tranquilizadoras;
 - Alterações na frequência cardíaca fetal à ausculta intermitente ou após cardiotocografia como: Categorias II e III, conforme Guideline da ACOG;
 - Suspeita de falha no progresso do trabalho de parto após adoção de medidas não invasivas ou menos invasivas propostas acima;
 - Hipertensão materna (PAS \geq 140 mmHg ou PAD \geq 90 mmHg), após 2 medidas com intervalo de 15 minutos e com a gestante em DL;
 - Hipotensão materna (PAS $<$ 90 mmHg ou PAM $<$ 65 mmHg);
 - Febre materna (TAX acima de 37,6°C);
 - Hemorragia materna (já iniciar o protocolo para hemorragia até a chegada do médico) (ver item sobre emergências);
 - Outras situações dependendo do julgamento do enfermeiro obstetra.

8 DA ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO OBSTETRA DURANTE O PARTO NO CO (2º ESTÁGIO)

Em conformidade com Resolução COFEN nº 477/2015, as diretrizes de assistência ao parto normal do MS (2017) e as recomendações para uma experiência positiva no parto da OMS (2018):

- Garantir a privacidade da parturiente mantendo uma equipe mínima dentro do quarto (01 EO ou 01 médico obstetra, 01 residente, 01 pediatra, 01 técnico de enfermagem), consultar a mulher sobre a presença da equipe;
- Manter temperatura da sala entre 24° a 26°C para recepcionar o RN
- Incentivar a mulher a adotar uma posição em que ela se sinta mais confortável, preferencialmente em posições verticalizadas;
- Informar a mulher outras opções disponíveis para o parto, como: parto de cócoras, banqueta, banheira, quatro apoios etc.;
- Realizar ausculta dos BCF a cada 5 minutos;
- Realizar assistência aos períodos: expulsivo, dequitação e pós-dequitação do parto sem distócia;

- Identificação das distócias de ombro e realização imediata de manobras para resolução;
- Considerar fase passiva do parto: dilatação total do colo sem sensação de puxo involuntário ou a parturiente com analgesia e a cabeça do feto ainda relativamente alta na pelve;
- Considerar fase ativa do parto: dilatação total do colo, cabeça do bebê visível, contrações expulsão ou esforço materno ativo;
- Esperar a mulher iniciar puxos espontâneos, informá-la que no momento de fazer força seu corpo irá se manifestar e ela irá sentir uma necessidade involuntária de empurrar;
- Em caso de puxos pouco eficazes: orientar mudança de posição, esvaziamento da bexiga e encorajar a mulher;
- **Não realizar puxos dirigidos;**
- **Não realizar manobra de kristeller (Decisão Cofen nº 95/2016 – proíbe a participação de profissionais de enfermagem na Manobra de Kristeller);**
- Considerar fase ativa do trabalho de parto prolongado:
 - Primíparas: 2,5 horas sem peridural e 3 horas com peridural.
 - Multíparas: até 1 hora sem peridural e 2 horas com peridural.
- Tempo de duração da fase ativa do parto:
 - Nulíparas: em média 3 horas após o início da fase ativa do segundo período
 - Multíparas: em média 2 horas após o início da fase ativa do segundo período
- Em caso de identificada a falha de progresso do parto:
 - Orientar e incentivar mudança de posição
 - Descartar posição anômala do feto
 - Realizar manobras não invasivas e técnicas de acordo com conhecimento e segurança do profissional: Spinning Babies e/ou Rebozo,
 - Avaliar necessidade do uso de ocitocina, se padrão de contrações inadequadas, chamar médico e discutir conduta
 - Após iniciado uso de ocitocina, médico deverá assistir à mulher juntamente com o EO
- No período expulsivo **NÃO** realizar massagem perineal;
- Para proteção do períneo, tanto a técnica de ‘mãos sobre’ (*Hands on*): proteger o períneo e flexionar levemente a cabeça fetal; quanto a técnica de ‘mãos prontas’ (*Hands off*): com as mãos sem tocar o períneo e a cabeça fetal, mas preparadas para tal, podem ser utilizadas;
- **Não realizar episiotomia, conforme estabelece as boas práticas e as melhores evidências;**
- Logo após o nascimento administrar ocitocina profilática: 10Ui via IM;

- Colocar o recém-nascido (RN) saudável sobre o colo nu da mãe em contato pele a pele, após consentimento materno;
- Colocar um campo seco e aquecido sobre o RN;
- Encorajar a mãe a colocar o RN no peito e iniciar a amamentação logo na primeira hora de vida;
- Solicitar presença, avaliação e discutir o caso com médico obstetra nas seguintes situações:
 - Apresentações anômalas;
 - Presença de líquido meconial moderado ou espesso e /ou fétido com alterações nos BCF;
 - Alterações na frequência cardíaca fetal à ausculta intermitente como: situações fetais não tranquilizadoras;
 - Alterações na atividade uterina (hipotonia ou hipertonia) após realizado técnicas não invasivas: mudança de posição, movimentação;
 - Hemorragia materna (iniciar protocolo para hemorragia)
 - Identificação de distócia de ombro - A distócia de ombro ocorre quando o ombro anterior ou, menos frequentemente, o ombro posterior do feto se impactam na sínfise púbica ou no promontório sacral materno, respectivamente (RCOG, 2012).
 - **O diagnóstico se dá após 60 segundos ou se após contração não há desprendimento do ombro.**

Realizar Manobras para corrigir a distócia até a chegada do médico obstetra. Utilizar o mnemônico **A SAÍDA** (prioriza as manobras menos invasivas):

- **A: Avisar à Parturiente** – avisar a parturiente e os acompanhantes da complicação e de todas as manobras que serão realizadas

Aumentar o Agachamento (McRoberts modificada) – para mulheres que estão parindo de cócoras, simplesmente aumentar o agachamento já aumenta a pelve funcional e facilita a rotação interna do ombro anterior.
- **S: Pressão Suprapúbica** (Rubin I) – realizar pressão supra-púbica externa do lado do dorso fetal, visando a promover a rotação do ombro anterior. Essa pressão pode ser feita com o punho fechado — com a parturiente ainda agachada em posição de cócoras ou com uma mão

sobre a outra inicialmente de forma contínua por 30 segundos e, se não ocorre o desprendimento forma intermitente (massagem cardíaca) por mais 30 segundos.

- **A: Alterar a posição** (quatro apoios) – colocar a parturiente em posição de Gaskin (aumenta os diâmetros pélvicos, movimento o conceito):
 - Se a mulher estiver inicialmente em posição de quatro apoios, ficar de cócoras se não resolver, voltar para a posição de quatro apoios.
 - Se estiver de quatro apoios deve aumentar o agachamento, colocando uma das pernas à frente (preferencialmente a perna do lado em que se encontra o dorso fetal) na “posição de largada de corrida”

Figura 1. Posição de largada de corrida



- **I: Iniciar as manobras internas** – Manter a mulher na posição de quatro apoios e:
 - Manobra de Rubin II – Colocar os dedos por trás do ombro anterior (no dorso fetal) e fazem uma pressão em direção ao tórax fetal, tentando promover a rotação do ombro anterior

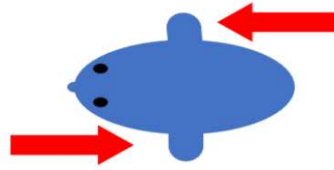
Figura 2. Manobra de Rubin II



- Manobra de Wood - Manter a mesma posição dos dedos da manobra de Rubin II, colocar os dedos da outra mão pela frente do ombro posterior e aplica a força em direção às costas do feto

Figura 2. Manobra de Wood

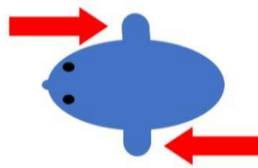
WOODS



- Manobra do Parafuso Invertido – Colocar os dedos por trás do ombro posterior e a tracionar em direção ao tórax fetal

Figura 2. Manobra de Parafuso invertido

WOODS REVERSA OU PARAFUSO



- **D: Desprender o braço superior** - introduzir a mão e tentar localizar a mão do braço posterior (que não está impactado), tracionar gentilmente, pelo tórax fetal. Em caso de dificuldade de encontrar a mão, deve-se localizar a fossa cubital do ombro posterior e assim localizar e prender a mão para a tração, se feita corretamente, ocorrerá o delivramento da mão, depois do braço e finalmente do ombro posterior.
- **A: Avaliar manobras de resgate** - Considerar a morbidade e a mortalidade materna que envolvem e o tempo decorrido desde o início da distocia, já com possíveis sequelas fetais (Caso o médico obstetra não tenha chegado proceder transferência mediata para CO para realização dessas manobras):
 - Fratura da clavícula – para reduzir o diâmetro biacromial, uma pressão direta na clavícula fetal (porção média) para causar sua fratura, inicialmente no ombro impactado e, se necessário, bilateralmente.
 - Anestesia geral – com Halotano ou outro anestésico com o objetivo de promover relaxamento muscular uterino. Nitroglicerina pode ser usada como alternativa.
 - Manobra de Zavanelli ou recolocação cefálica – força-se o mecanismo reverso do nascimento da cabeça. Se já ocorreu a restituição, voltar a cabeça para occipito púbica, fletir e empurrar de volta pelo canal vaginal, mantendo uma pressão constante para que a apresentação se mantenha intra-vaginal, procedendo-se imediatamente à cesariana

- Cesariana – ainda com a cabeça exteriorizada, realiza-se a cirurgia e busca-se a liberação do ombro após histerotomia
- Não realizar o clampeamento do cordão umbilical
- Não realizar episiotomia.
- **NÃO REALIZAR TRAÇÃO DO POLO CEFÁLICO;**
- **NÃO REALIZAR PRESSÃO DO FUNDO UTERINO (MANOBRA DE KRISTELLER)**
- Após a resolução da distócia, informe de maneira precisa e detalhada o problema e todas as manobras realizadas aos pais e familiares
- Realizar anotação na folha de evolução clínica com a descrição do diagnóstico, qual ombro (direito ou esquerdo) estava impactado, qual a sequência de manobras realizadas e o tempo empregado em cada manobra.

9 DA ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO OBSTETRA DURANTE A DEQUITAÇÃO NO CO (3º ESTÁGIO)

Em conformidade com Resolução COFEN nº 477/2015, as diretrizes de assistência ao parto normal do MS (2017), as recomendações para uma experiência positiva no parto da OMS (2018) e Portal de Boas Práticas MS (2020):

- O terceiro período do parto é o momento desde o nascimento da criança até a expulsão da placenta e membranas.
- Reconhecer que o período imediatamente após o nascimento é um período bastante sensível, quando a mulher e seus acompanhantes vão finalmente conhecer a criança.
- Assegurar que a assistência e qualquer intervenção que for realizada levem em consideração esse momento, no sentido de minimizar a separação entre mãe e filho.
- Sempre que possível, manter o RN em contato pele a pele com a mãe por no mínimo 60 minutos, enquanto aguarda a dequitação ou realiza manobras para extração;
- Realizar conduta ativa:
 - Administrar Ocitocina 10Ui IM, antes do clampeamento do cordão, caso não tenha sido administrado no momento do nascimento;
 - Somente realizar o clampeamento e secção do cordão após parar a pulsação:
 - Não clampear o cordão com menos de 1 minuto, a menos em caso de necessidade de reanimação neonatal;

- Pinçar o cordão após para a pulsação para iniciar a tração controlada e retirada da placenta.
- o Realizar a tração controlada do cordão umbilical após sinais de separação da placenta:
 - Após pinçar e clampear o cordão, manter uma tração leve, puxando suavemente o cordão para baixo e estabilizar o útero com a outra mão fazendo pressão sobre o osso púbico da mulher.
- Após saída da placenta **SEMPRE** realizar avaliação da placenta para descartar restos placentários (avaliar cotilédones e membranas) e pesquisar anomalias;
- Considerar 3º período prolongado após decorridos 30 minutos de conduta ativa;
- Monitorar rigorosamente a mulher:
 - o Condição física geral
 - o Coloração de pele e mucosas
 - o Respiração
 - o Sangramento
- Em caso de retenção placentária confirmada, após 30 minutos de conduta ativa:
 - o Realizar mudança de posição (4 apoios), caso não haja sinais de hemorragia
 - o Não realizar tração excessiva do cordão umbilical pois o mesmo pode romper
 - o Solicitar a presença do médico obstetra
 - o Instalar acesso venoso calibroso e informar a mulher sobre possíveis complicações
 - o Providenciar a transferência da puérpera para extração manual ou cirúrgica
- **Não tracionar excessivamente o cordão umbilical pois o mesmo pode romper;**
- Em caso de Hemorragia, sinais de choque e/ou sinais de colapso materno: iniciar protocolo de HPP (ver item sobre emergências obstétricas).

10 DA ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO OBSTETRA APÓS A DEQUITAÇÃO NO CO

Em conformidade com Resolução COFEN nº 477/2015, as diretrizes de assistência ao parto normal do MS (2017), as recomendações para uma experiência positiva no parto da OMS (2018) e Portal de Boas Práticas MS (2020):

- Avaliar presença de traumas perineais ou genitais:

- Laceração de 1 grau: lesão apenas de pele e mucosa: **somente realizar sutura se laceração sangrante mesmo após realizar compressão;**
- Laceração de 2 grau: lesão dos músculos perineais sem atingir esfíncter anal
- Lesões de 3 e 4 graus: Lesões do períneo envolvendo esfíncter anal: **comunicar equipe médica para realização de sutura, pois foge da competência técnica e legal do EO.**
- Após avaliado, se necessidade de sutura:
 - Explicar para a mulher o procedimento e sua necessidade;
 - Realizar infiltração de anestésico local ou bloqueio de nervo pudendo: Lidocaína 1% (máximo 20ml);
 - Posicionar a mulher de forma que consiga ter boa visualização da extensão da laceração;
 - Assegurar boa iluminação;
 - Realizar técnica de sutura contínua em parede vaginal e/ou músculo;
 - Não há necessidade de sutura em pele se as bordas se apõem após a sutura do músculo em lacerações de 2 grau;
 - Se houver necessidade de sutura de pele, realizar técnica subcutânea contínua;
 - Para realização da sutura, recomenda-se uso de material sintético absorvível:
 - Primeira opção: Vicril;
 - Segunda opção: Catgut 2.0.
 - Após a conclusão de sutura em casos de difícil abordagem, realizar toque retal afim de garantir que o material de sutura não atingiu mucosa anal:
 - Antes do exame, explicar a mulher o procedimento e sua necessidade.
- Trocar, posicionar e deixar a puerpera confortável.

11 DA ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO OBSTETRA DURANTE O PUERPÉRIO IMEDIATO NO CO (4º ESTÁGIO)

Em conformidade com Resolução COFEN nº 477/2015, as diretrizes de assistência ao parto normal do MS (2017), as recomendações para uma experiência positiva no parto da OMS (2018) e Portal de Boas Práticas MS (2020):

- Manter contato pele a pele e amamentação;
- As **duas primeiras horas pós-parto** é o momento de maior atenção, pois a mulher pode apresentar maiores complicações. Realizar as seguintes observações:

- Temperatura, pulso, respiração e pressão arterial;
- Lóquios, retração uterina e perda sanguínea;
- Contração uterina fixa (formação do Globo de Segurança de Pinard);
- Avaliação precoce das condições emocionais da mulher em resposta ao trabalho de parto e parto;
- Dificuldades em amamentar e oferecer apoio e orientação;
- Micção bem sucedida.
- Avaliar contração fixa uterina (globo de segurança de Pinnard), através da palpação do útero no abdômen materno e realização de massagem gentil:
 - A cada 15 minutos nas duas primeiras horas;
 - A cada 30 minutos por mais duas horas;
 - Manter avaliação a cada 30 minutos até completar as 6 horas pós-parto.
- Oferecer dieta;
- Após as 2 horas pós-parto:
 - Realizar a prescrição de pós-parto para a puérpera, com as seguintes medicações e cuidados:
 - Ocitocina 10 UI, IM
 - Dipirona 500mg, VO – tomar 1cp se dor, 6/6h ou
 - Paracetamol 750mg, VO - tomar 1cp se dor, 6/6h
 - Diclofenaco
 - Sulfato Ferroso 40mg, VO – tomar 1cp 1xdia longe das refeições
- Prescrever a aferição dos SSVV: Pressão arterial, Frequência cardíaca, Frequência respiratória; Temperatura; Saturação de oxigênio.
- Prescrever avaliação do sangramento pós-parto (lóquios);
- Prescrever avaliação da presença do Globo de segurança de Pinnard;
- Prescrever a avaliação de períneo (edemas ou sinais de infecção);
- Prescrever início de deambulação precoce (prevenção de trombose venosa profunda (TVP));
- Prescrever manutenção de alojamento conjunto (mãe-RN juntos);
- Prescrever manutenção, apoio e auxílio à amamentação.
- Avaliar puérpério imediato e condições para alta do CO ou CPN para alojamento conjunto (AC);
- Realizar anotação na folha de evolução clínica referente à avaliação e alta para AC;
- Transferir puérpera e RN para alojamento conjunto no SIH;

11.1 Da assistência do Enfermeiro Obstetra ao RN no CO

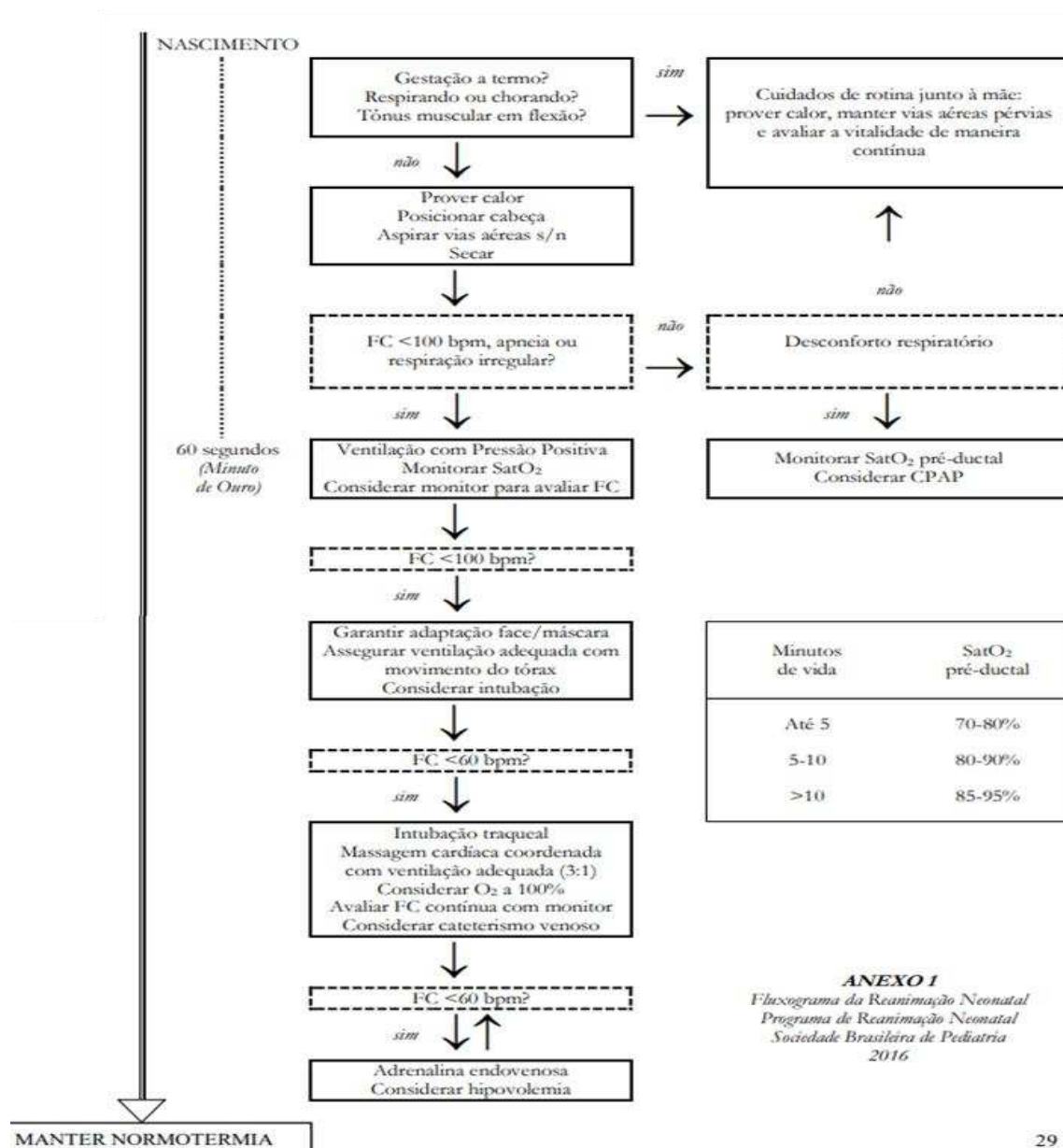
Em conformidade com Resolução COFEN nº 477/2015, as diretrizes de assistência ao parto normal do MS (2017), as recomendações para uma experiência positiva no parto da OMS (2018) e Portal de Boas Práticas MS (2020) e Sociedade Brasileira de Pediatria (2016):

- O RN saudável deve ser mantido com sua mãe durante o máximo de tempo possível;
- Após o nascimento o RN saudável deve ser colocado sobre o colo despido da mãe, em contato pele a pele e coberto com um campo aquecido, para mantê-lo aquecido por no mínimo 60 minutos;
- Não retirar o RN do contato pele a pele para realização do índice Ápgar;
- Na ausência de pediatra no momento do nascimento:
 - Registrar hora do nascimento
 - Realizar índice de Ápgar
 - Frequência cardíaca
 - Esforço respiratório
 - Tônus muscular
 - Coloração da pele
 - Irritabilidade reflexa
- Detectar necessidade de reanimação neonatal (ver passo a passo no próximo item);
- Se RN começou a respirar ou chorar e se o tônus muscular está em flexão. Se a resposta é “sim” a ambas as perguntas, indicar o clampeamento tardio do cordão, independentemente do aspecto do líquido amniótico
- Não retirar o RN do contato pele a pele para realização de procedimentos de rotina;
- Favorecer o início da amamentação na primeira hora de vida com o RN em contato pele a pele;
- **NÃO RETIRAR O RN DO CONTATO PELE A PELE PARA CUIDADOS DE ROTINA;**
- Realizar administração da Vitamina K (profilaxia da doença hemorrágica do RN) entre a 1ª e 2ª hora de vida, **com o RN em contato pele a pele e/ou mamando:**
 - Administrar 1 mg de Vit. K, em dose única, via IM (vasto lateral da coxa)
- Profilaxia da Oftalmia neonatal deve ser realizada de rotina, dentro das **4 horas** após o nascimento
 - Primeira Opção: Eritromicina 0,5% pomada;
 - Segunda Opção: Tetraciclina 1,0%

- PVPI ou Nitrato de prata, conforme disponibilidade?
- No caso de recusa dos pais, informar à importância da administração das medicações, caso mantido recusa, registrar informação completa em prontuário;
- Se a circulação placentária não estiver intacta (descolamento prematuro de placenta, placenta prévia ou rotura ou prolapso ou nó verdadeiro de cordão) ou se o RN ≥ 34 semanas não inicia a respiração ou não mostra tônus muscular em flexão, recomenda-se o clampeamento imediato do cordão
- Avaliar necessidade de reanimação neonatal, solicitar a presença do pediatra, caso esse não esteja presente, encaminhar RN imediato para sala de reanimação.
- As decisões quanto à estabilização/reanimação dependem da avaliação simultânea da respiração e da FC
- Avaliar respiração: observar expansão torácica do RN ou da presença de choro.
- Observar se a respiração espontânea está adequada e se são suficientes para manter a FC >100 bpm.
- Se o RN não apresentar movimentos respiratórios, se eles forem irregulares ou o padrão for do tipo gasping, a respiração está inadequada
- **A FC é o principal determinante** da decisão de indicar as diversas manobras de reanimação, nos primeiros minutos:
 - Realizar a palpação do cordão umbilical
 - Realizar ausculta do precórdio com estetoscópio: Auscultar por seis segundos e multiplicar o valor por 10, resultando no número de batimentos por minuto (bpm). Nesse momento, considera-se adequada a FC >100 bpm.
 - Se a FC for <100 bpm ou o RN não apresenta movimentos respiratórios regulares, **enquanto um profissional inicia a ventilação com pressão positiva (VPP), com Ambu ou Baby Puff o outro fixa os três eletrodos do monitor cardíaco e o sensor do oxímetro no pulso direito SEMPRE.**
 - Detecção do sinal de pulso pela oximetria e da atividade elétrica do coração pelo monitor cardíaco
- O boletim de Apgar não é utilizado para indicar procedimentos na reanimação neonatal, no entanto, sua aplicação permite avaliar a resposta do RN às manobras realizadas e a sua eficácia.
- Se o Apgar é < 7 no 5º minuto recomenda-se realizá-lo a cada cinco minutos, até 20 minutos de vida.

- Documentar o escore de Apgar de maneira concomitante à dos procedimentos de reanimação executados.
- Nos RN em que foram realizados os passos iniciais da estabilização e a avaliação mostrou respiração espontânea regular e FC >100 bpm, avaliar as condições clínicas gerais e, sempre que possível, ainda na sala de parto, deixá-lo em contato pele-a-pele com a mãe, coberto com tecido de algodão seco e aquecido.
- Monitorar a atividade, o tônus muscular e a respiração/choro.
- Se no RN for identificado líquido amniótico meconial e não iniciou movimentos respiratórios regulares ou o tônus muscular está flácido, é necessário levá-lo à mesa de reanimação, posicionar sob calor radiante e realizar os passos iniciais:
 - prover calor
 - secar o RN
 - posicionar o pescoço em leve extensão, pode ser utilizado coxim sob os ombros
 - aspirar boca e narinas suavemente com sonda traqueal nº 10, **SOMENTE** se for percebido secreção em vias áreas superiores que impedem o sucesso da vpp
- Executar esses passos em, no máximo, 30 segundos.
- Se a avaliação mostra que o RN está com respiração espontânea regular e FC >100 bpm, sempre que possível, ainda na sala de parto, deixá-lo em contato pele-a-pele com a mãe, coberto com tecido de algodão seco e aquecido
- Observar a atividade, o tônus muscular e a respiração/choro
- RN com líquido amniótico meconial de qualquer viscosidade levado à mesa de reanimação para os passos iniciais, que apresenta apneia, respiração irregular e/ou FC<100bpm é fundamental iniciar a VPP com máscara facial e ar ambiente nos primeiros 60 segundos de vida
- Iniciar rapidamente a VPP em todo **RN que não apresenta respiração regular ou está bradicárdico** no 1º minuto depois do nascimento:
 - após os cuidados para manter a temperatura e a permeabilidade das vias aéreas do RN, a presença de apnéia, respiração irregular e/ou FC < 100bpm, realizar VPP
 - iniciar nos primeiros 60 segundos de vida
 - Sempre que for necessário realiza VPP, checar se a boca e narinas estão sem secreção, acoplar a máscara facial (de preferencia redonda) que cubra a boca e nariz. Lembre-se de vedar utilizando sua mão em forma de C sobre a máscara
 - Iniciar a VPP sempre em ar ambiente fazendo movimentos a cada 30’.

- Em caso de necessidade de Reanimação do RN, solicitar a presença do pediatra/neotologista e já iniciar as manobras de reanimação, seguir passo a passo (SPB,2016):
 - Todo material necessário para a reanimação deve ser preparado, testado e estar disponível em local de fácil acesso, antes do nascimento
 - Utilizar o Fluxograma abaixo



(Fonte: SBP, 2016)

- Realizar prescrição do RN:
 - 1 ml de Vitamina K, IM em dose única (vasto lateral da coxa)

- Nitrato de prata 1% aplicar 1 gota em cada olho e 2 gotas na vagina se sexo feminino
- 0,5 ml vacina anti-hepatite B, IM (vasto lateral da coxa)
- Manter Alojamento conjunto (mãe-RN)
- Observar pega e mamada
- Verificar SSVV 4/4horas
- Avaliar RN, proceder anotações e transferir para AC junto com a mãe;

12 DO MANEJO DAS PRINCIPAIS EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

12.1 Hemorragia Pós-parto (OPAS, 2018)

HEMORRAGIA PÓS-PARTO: Perda sanguínea acima de 500 mL após parto vaginal ou acima de 1000 mL após parto cesariana nas primeiras 24 horas OU qualquer perda de sangue pelo trato genital capaz de causar instabilidade hemodinâmica.

HEMORRAGIA PÓS-PARTO MACIÇA: Sangramento nas primeiras 24 horas após o parto (por qualquer via) superior a 2000 mL OU que necessite da transfusão mínima de 1200 mL (4 unidades) de concentrado de hemácias OU que resulte na queda de hemoglobina \geq 4g/dL OU em distúrbio de coagulação

- Em caso de identificação de hemorragia pós-parto:
 - ATENTAR PARA A “**HORA DE OURO**”:
 - **Pedir ajuda;**
 - **Coletar exames;**
 - **Determinar a causa da hemorragia**
- Manter oxigenação / perfusão tecidual:
 - 02 acessos venosos calibrosos – abocath 14 ou 16
 - Elevação dos membros inferiores (Trendelemburg)
 - Infusão de SF 0,9% ou Ringer Lactato aquecido (avaliar resposta materna a cada 500ml infundido) **infundir o máximo de 2.000ml**
 - Ofertar oxigênio 5 l/min em cateter nasal ou
 - 15 l/min em máscara facial (**PÓS PANDEMIA**)
 - Sondagem vesical de demora
 - Prevenir hipotermia (uso de manta térmica ou similar)
 - Avaliar gravidade da perda volêmica
 - Comunicar médico obstetra

IDENTIFICAR A CAUSA DA HPP:

- **Verificar tônus uterino, se identificado atonia uterina:**
 - Massagem bimanual
 - Já administrar Ácido Tranexâmico 1g em 100ml SF 0,9%, EV lento (10 min)
 - Administrar 5 UI ocitocina EV lento (3min) seguido de SF 0,9% - 500ml com 20-40 UI ocitocina EU (250ml/h)
- **Caso a mulher já esteja em uso de ocitocina pode ocorrer dessensibilização dos receptores de ocitocina, nesse caso já avaliar o uso da metilergometrina ou do misoprostol;**

Administrar Metilergometrina 1amp 0,2mg IM. **NÃO REALIZAR EM MULHERES HIPERTENSAS.**

- Administrar Misoprostol 800mg via retal
- Balão de tamponamento
- **Realizar inspeção do canal de parto, verificar presença de trauma:**
 - Lacerações: Realizar sutura das lacerações;
 - Hematoma: Procurar presença de hematomas, avaliar e discutir com médico conduta;
 - Rotura uterina: em caso de suspeita de rotura uterina, o caso deve ser conduzido pelo médico e a mulher encaminhada de imediato para centro cirúrgico;
 - Inversão uterina: realizar a manobra de Taxe (realização deve ser feita sob sedação, introduz a mão fechada intravaginal e empurra o utero até encontrar a outra mão posicionada sobre o abdome materno) para reversão e em seguida colocar balão de tamponamento.
- **Em caso de retenção de tecido placentário:**
 - Realizar extração manual da placenta;
 - Verificar se existe plano de clivagem entre a parede uterina e a placenta, se não existir, não insistir da extração manual (risco de acretismo placentário);
 - Se identificado placenta incompleta, ou suspeita de restos placentários, encaminhar mulher para curetagem;
 - Se detectado acretismo placentário, não tentar remover a placenta, comunicar médico plantonista e encaminhar puérpera para CC;
- **Trombina:**

- Ao diagnosticar a HPP já coletar amostra de sangue:
 - Hemograma
 - Prova cruzada
 - Coagulograma
 - Fibrinogênio
 - Ionograma
 - Lactato e Gasometria (casos graves);
- Conduta médica, tratamento específico e transfusão sanguínea.

12.2 Pré-eclampsia, Eclampsia e Hellp (BRASIL, 2012; FEBRASGO, 2017).

- Pré-eclâmpsia/eclampsia: Hipertensão que ocorre após 20 semanas de gestação (ou antes, em casos de doença trofoblástica gestacional ou hidrôpsia fetal) acompanhada de proteinúria, com desaparecimento até 12 semanas pós-parto. Se não houver proteinúria pode estar associada a:
 - Cefaleia
 - Distúrbios visuais
 - Dor abdominal
 - Plaquetopenia
 - Aumento de enzimas hepáticas
- Eclampsia: Presença de **convulsões** ou coma em mulher com qualquer quadro hipertensivo, desde que não causadas por epilepsia ou outra doença convulsiva. Pode acontecer na gravidez, parto e puerpério imediato (até 10º dia).
- Hellp: Trata-se do comprometimento hepato-hematológico da pré-eclâmpsia. Caracteriza-se obrigatoriamente por:
 - Hemólise
 - Elevação de enzimas hepáticas
 - Plaquetopenia

CONDUTAS:

- Se conduta expectante:
 - Realizar verificação de PA a cada 4h;

- Uso de anti-hipertensivo (manter PA entre 140/90 e 150/100 mmHg)
- Coleta de exames rotina SHEG
- Avaliação das condições fetais (CTG diária e doppler semanal)
- Se IG < 34s:
 - Realizar avaliação materno-fetal por 24h
 - Administrar Sulfato de Magnésio

Dose de Ataque: 8,0ml de sulfato de magnésio a 50% com 12,0ml de água destilada, em infusão endovenosa lenta (20 minutos)

Dose de Manutenção: 10ml de sulfato de magnésio a 50% com 490ml de solução glicosada a 5% a 100ml/hora em bomba de infusão ou 2,0g/hora (20ml de sulfato de magnésio a 50% com 480ml de solução glicosada a 5% a 50ml/ hora em bomba de infusão)

- Após o início do Sulfato, manter por 24h após o parto, se iniciado antes e se iniciado no puerpério, manter por 24h após a primeira dose
- Suspende em caso de:
 - FR < 16 ipm
 - Ausência de reflexos patelares
 - Diurese inferior a 100ml em 4h (25ml/hora)
- Manter 01 ampola de Gluconato de cálcio 10%, aspirado sempre que administrar Sulfato de magnésio e administrar em caso de eventual parada respiratória.
- Administrar Hidralazina se PAS \geq 160 e/ou PAD \geq 110 mmHg :O objetivo do tratamento da crise hipertensiva é estabilizar o quadro, reduzindo a pressão em 20 a 30%. A manutenção da PA em 150/100 mmHg é um bom parâmetro a ser seguido.
- Administrar corticóide para maturidade pulmonar: betametasona 12mg, a cada 24 horas, IM.
- Encaminhar mulher para parto pela via apropriada em caso de:
 - Eclampsia, edema pulmonar, insuficiência renal aguda, coagulopatia, estado fetal comprometido, Síndrome de Hellp, restrição de crescimento fetal + oligodrâmnio, doppler fetal com diástole reversa em artéria umbilical, trombocitopenia ou trabalho de parto.
 - Se a mulher estiver estável, e o parto puder ocorrer em um período de tempo razoável, o parto vaginal deve ser a primeira escolha
- Se IG > 34s:

- Se a mulher estiver estável, e o parto puder ocorrer em um período de tempo razoável, o parto vaginal deve ser a primeira escolha
- Se a parturiente apresentar quadro de Eclampsia:
 - Tratar convulsão, hipertensão e distúrbios metabólicos
 - Manter ambiente tranquilo e silencioso
 - Manter cabeceira elevada em 30° e face lateralizada
 - Cateter nasal com O2 5 l/min
 - Punção de veia central ou periférica calibrosa
 - Sondagem vesical de demora
 - Após estabilizada, encaminhar a mulher para parto pela via apropriada
- Se a parturiente iniciar com quadro de Síndrome de Hellp:
 - Controle da pressão arterial: tratar a pressão sistólica $\geq 150\text{mmHg}$ e manter a pressão diastólica entre 80-90mmHg.
 - Prevenção das convulsões com sulfato de magnésio (Dose de ataque de 4-6g por via intravenosa seguida de dose de manutenção de 1,5-4g/hora individualizada de acordo com a gestante)
 - A infusão deve ser continuada por 48 horas no puerpério
 - Monitorar reflexos patelares e débito urinário (mínimo 20ml/h), na presença de oligúria, fazer uma ou duas infusões rápidas de fluidos (250-500ml).
 - Após estabilizada, a mulher deve ser encaminhada para parto pela via apropriada: IG $\leq 34\text{s}$ a via abdominal é preferencial e $\geq 34\text{s}$ pode-se optar pela via vaginal se existir amadurecimento cervical e possibilidade de rápida indução do parto
- Ficar alerta para falência sistêmica de múltiplos de órgãos
- Mulheres com diagnóstico de Síndrome de Hellp devem ser acompanhadas em unidade de cuidados intensivos

12.1 SEPSE (BRASIL,2012; Portal de boas práticas, 2019; AZEVEDO;MACHADO,2019, FCM, 2015)

A sepsse materna é uma condição ameaçadora à vida, definida como disfunção orgânica, que é resultante de uma infecção durante a gravidez, no parto, puerpério ou pós aborto.

Se uma infecção materna não for reconhecida precocemente e tratada oportunamente ela pode progredir para choque e morte.

- Suspeitar de Sepsis materna diante das manifestações clínicas presentes no quadro abaixo:

Quadro 3 – Principais manifestações clínicas da sepsis grave

Sistema	Sinais, sintomas e alterações laboratoriais
Cardiovascular	Taquicardia, hipotensão, hiperlactatemia, edema periférico, diminuição da perfusão periférica, livedo, elevação de enzimas cardíacas e arritmias.
Respiratória	Dispneia, taquipneia, cianose e hipoxemia.
Neurológica	Confusão, redução do nível de consciência, delirium, agitação e polineuropatias.
Renal	Oligúria e elevação de escórias.
Hematológica	Plaquetopenia, alterações do coagulograma, anemia, leucocitose, leucopenia e desvio à esquerda.
Gastroenterológicas	Gastroparesia, íleo adinâmico, úlceras de stress, hemorragias digestivas, diarreia e distensão abdominal.
Hepáticas	Coletase, aumento de enzimas canaliculares e elevação discreta de transaminases.
Endócrinas e metabólicas	Hiperglicemia, hipertrigliceridemia, catabolismo protéico, hipoalbuminemia, hipotensão por comprometimento suprarrenal e redução dos hormônios tireoidianos.

Fonte: CFM, 2015

- Na suspeita de sepsis, considerar qSOFA:
 - Presença de taquipnéia (FR > 22imp)
 - Alteração do nível de consciência
 - Hipotensão sistólica (PAS < 100mmHg)
- Iniciar condutas para prevenção de choque séptico, simultaneamente:
 - Determinar nível sérico de lactato
 - Coleta de culturas antes de iniciar ATB
 - Administrar ATB de amplo espectro: Clindamicina e Gentamicina
 - Iniciar reposição volêmica: 30 ml de cristalóides se hipotensão ou lactato
 - Se mulher permanecer hipotensa, iniciar vasopressor (manter PAS ≥ 65mmHg)
 - Realizar terapia de ressuscitação volêmica com cautela, a hiper-hidratação pode aumentar o risco de morte materna (edema agudo de pulmão)

13 DAS MEDICACOES PRESCRITAS PELO ENFERMEIRO OBSTETRA

Considerando a Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986 em seu art. 11 que trás: “O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe a prescrição de

medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em **rotina aprovada pela instituição de saúde**” (COFEN, 1986).

Considerando que a **ANVISA reconhece a atribuição do enfermeiro sobre a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde**, conforme a Lei nº 7.498/86 (COFEN, 2011).

Fica instituído neste documento a relação das medicações que podem ser prescritas pelo quadro de enfermeiros obstetras do Centro Obstétrico e do Centro de Parto Normal da Maternidade do Hospital de Clínicas do Paraná:

QUADRO 1- Medicações prescritas pelo Enfermeiro Obstetra

Medicação	Forma de Administração	Indicação
OCITOCINA	<p>- 10 UI intramuscular, após o desprendimento do ombro do RN</p> <p>-5 UI ocitocina EV lento (3min) seguido de SF 0,9% , Seguido de - 500ml com 20-40 UI ocitocina EV (250ml/h)</p>	<p>- Profilaxia de hemorragia pós-parto;</p> <p>-Nos casos de hemorragia pós-parto, até a chegada do médio plantonista.</p>
Dipirona	- 500mg, 01 comprimido ou 40 gotas; VO até de 6/6hs se dor	- Em caso de dor puerpério,
PARACETAMOL	- 750mg 01 comp VO 06/06 h se alergia a Dipirona	Em casos de dor no puerpério
Lidocaina a 1% sem vasoconstrictor	- Ampola, Gel, spray	- Anestesia local antes da realização

		da episiotomia, se necessário, em caso de rafia de lacerações do períneo;
Hioscina	- 01 comprimido VO	- Em caso de cólicas.
Soro Glicosado 5%	- Solução injetável	Reposição hídrica
Soro fisiológico a 0,9%	- Solução injetável	-Expansão ou reidratação, reposição de eletrólitos.
Soro Ringer com Lactato	- Solução injetável	Expansão ou reidratação, reposição de eletrólitos.
Sulfato Ferroso	- Comprimidos com 40 mg de ferro elementar 40mg/200mg/300mg 1comp VO uma vez ao dia	Prevenção e tratamento de anemia ferropriva no período puerperal.
Adrenalina	- Solução injetável - colocar forma de administração	- Reanimação Neonatal
Vitamina K	- Solução injetável 0,1ml IM dose única	- Prevenção da Hemorragia no RN
Nitrato de prata 1%	-Solução líquida (frasco) instilar 01 gota em cada olho	-Prevenção oftalmia gonocócica no RN
MISOPROSTOL	200 µg aplicar 04 comp Via Retal	Em caso de Hemorragia pós-parto

Fonte: Autores/Colaboradores, 2020

Devido ao grau de complexidade do uso de algumas medicações fez se necessário descrever melhor o uso da Ocitocina e Misoprostol pelo enfermeiro obstetra.

Ocitocina

Profilaxia de HEMORRAGIA pós-parto:

1. O uso de uterotônicos para a prevenção da HPP durante a terceira fase do parto é recomendado para todos os partos.
2. A ocitocina (10 UI, IV/IM) é o fármaco uterotônico recomendado para a prevenção da HPP.
3. Em situações nas quais não há ocitocina disponível, é recomendado o uso de outros uterotônicos injetáveis (se adequado, a combinação de ergometrina/metilergometrina ou a combinação fixa de fármacos de ocitocina e ergometrina) ou misoprostol via retal (800 µg).

Seguindo as recomendações da OMS estabelece-se que o enfermeiro obstetra poderá prescrever OCITOCINA 10ui (IM/IV) para profilaxia pós-parto devido ao seu alto grau de recomendação.

Misoprostol

Pode ser utilizado tanto para indução do parto quanto para tratamento de hemorragia pós-parto.

Em situações nas quais não há profissionais de assistência ao parto qualificados disponíveis e a ocitocina não está disponível, a administração de misoprostol (600 µg PO) por trabalhadores comunitários da saúde e trabalhadores da saúde leigos é recomendada para a prevenção de HPP. (OMS,2014)

É indiscutível que a indução do parto é competência médica, contudo, na Hemorragia pós-parto essa medicação pode ser utilizada ate mesmo por trabalhadores comunitários da saúde e trabalhadores da saúde leigos.

Fica estabelecido então que o enfermeiro obstetra tem competência para que de acordo com a avaliação do caso faça uso de MISOPROSTOL 800 µg por via retal de acordo com as dose recomendada pelo Ministério da saúde e OMS para manejo da Hemorragia pós-parto.

14 EXAMES SOLICITADOS PELO ENFERMEIRO OBSTETRA NO CENTRO DE PARTO NORMAL

Fica estabelecido a solicitação, se necessário, dos exames de Hemograma, Tipagem Sanguínea e Fator Rh, VDRL e HIV pelo Enfermeiro Obstetra no

momento da admissão, internação ou alta da mulher, se não solicitado ou na ausência pro profissional médico para solicitar.

REFERÊNCIAS

_____, Ministério da Saúde, Portaria nº 2.815, Brasília, Maio, 1998

_____, Ministério da Saúde, PORTARIA Nº 11, DE 7 DE JANEIRO DE 2015

_____, Portaria nº 985, Brasília, Agosto, 1999.

_____, FEBRASGO, ABENFO, Parto, Aborto e Puerpério - Assistência Humanizada à Mulher, Brasília/ DF: Ministério da Saúde, 2003.

_____, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas - Área Técnica de Saúde da Mulher, Gestaçã de Alto Risco, 3 ed., Brasília, DF, 2003.

_____, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher, Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília/ DF: Ministério da Saúde, 2006.

AMORIM M.M.R de et al, Distócia de ombro: proposta de um novo algoritmo para conduta em partos em posições não supinas. FEMINA, vol. 41, nº3, p.116-124. Maio/junho, 2013.

ANVISA. Diário Oficial da União. RESOLUÇÃO-RDC N.º36, DE 3 DE JUNHO DE 2008 Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2008/040608_1_rdc36.pdf

BRASIL, Ministério da Saúde. Parto, Aborto e Puerpério. Assistência Humanizada à Mulher. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília. 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf.

BRASIL, Portaria 985, de 5 de Agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 6 de agosto de 1999. Seção1, p.51-2.

BRASIL, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Relatório de gestão 2003 a 2006. Brasília/ DF 2007

BRASIL. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: relatório. Brasília. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, CONITEC; 2017.
BRASIL. Ministério da Saúde. Gestaçã de Alto Risco: Manual Técnico. Brasília-DF:2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília, DF. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 163, de 22 de setembro de 1998. Trata das atribuições do enfermeiro obstetra e da obstetriz e do Laudo de Enfermagem para Emissão de Autorização de Internação Hospitalar – AIH para realização de parto normal. Diário Oficial da União 1998 setembro Seção 1, p. 24. 1998.-a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2815 de 29 de maio de 1998. Trata da inclusão na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) de procedimentos e valores para assistência ao parto sem distócia por enfermeiro. Diário Oficial da União 1998 junho Seção 1, p.48. 1998.-b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 572, de 01 de junho de 2000. Institui o Componente III do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – Nova Sistemática de Pagamento à Assistência ao Parto. 2000d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n.11, de 07 de Janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Brasília 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – 1. ed., 1. reimp. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 50p. : II

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente; 2020.

BRASIL.Ministério da Saúde. Portaria nº 569 de 1 de junho 2.000. institui o programa de Humanização no Pré-natal e nascimento no âmbito do SUS. Brasília:8 de junho de 2000, seção 1:6.

BRASIL.Ministério da Saúde. Portaria nº 888 de 12 de junho de 1999, institui o projeto de Casas de Parto e Maternidades – Modelo SUS. Brasília 1999. CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN). FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE (FAIS). Belo Horizonte, Janeiro/2010.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Sepsis: um problema de saúde pública. Instituto Latino-Americano para Estudos da Sepsis. Brasília: CFM, 2015. 90 p.

COFEN Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 de jun. 1986. Seção 1, p. 9273-5.

COFEN. ANVISA reconhece a prescrição medicamentosa pelo enfermeiro. Portal Cofen, 2011. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/o-reconhecimento-pela-anvisa-sobre-a-prescricao-medicamentosa-do-enfermeiro_6908.html#:~:text=25%2F05%2F2011-,O%20reconhecimento%20pela%20ANVISA%20sobre%20a%20prescri%C3%A7%C3%A3o%20medicamentosa%20do%20Enfermeiro,a%20Lei%20n%C2%BA%207498%2F86.

COFEN. Resolução COFEN nº 0477/2015. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015_30967.html

FEBRASGO. Pré-eclâmpsia nos seus diversos aspectos. São Paulo, 2017. Governo do Estado do Piauí. Maternidade Dona Evangelina Rosa. Protocolo Clínico do Centro de Parto Normal da Maternidade Dona Evangelina Rosa, AGOSTO, 2016.

Ministério da Saúde. Portaria Nº 11, de 7 de janeiro de 2015. disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html

MONTENEGRO C.A.B., REZENDE J.F. Rezende: Obstetrícia. 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, O. Assistência ao parto normal: um guia prático. Brasília (DF): OPAS/USAID, 1996. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHOFRH_MSM_96.24.pdf >.

PAVIANI, B. A.; TRIGUEIRO, H.; GESSNER. O uso de óleos essenciais no trabalho de parto e parto: revisão de escopo. Revista Mineira de Enfermagem, Volume: 23:e-1262. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190110>

RCOG. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Shoulder dystocia. Protocols for High Risk Pregnancies. London. 2012;(2):18

Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto. Organização Mundial da Saúde. 2014 disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/12/9789248548505_por.pdf

REZENDE, J; MONTENEGRO, C.A.B. Obstetrícia fundamental. 13ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. Reanimação do recém-nascido \geq 34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016. Secretaria do programa de reanimação neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo, 2016.

URASAKI, M. B. M (Org.) Procedimentos técnicos em Centro Obstétrico e Centro de Parto Normal. São Paulo: Martinari, 2012

WHO. Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.

ANEXO 1 – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PRÁTICA PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS EM

Pesquisador: Tatiana Hemeira Trigueiro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 27755120.5.0000.0006

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.819.181

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto matriz, assim para cada objetivo específico será apresentada a metodologia adotada. Para o objetivo "Analisar os motivos de procura e encaminhamentos ao Pronto Atendimento de gestantes vinculadas a uma maternidade de risco habitual", a metodologia utilizada será a quantitativa descritiva, exploratória de corte transversal, com coleta retrospectiva de dados, em uma maternidade de risco habitual de Curitiba (Maternidade Victor Ferreira do Amaral). Esta maternidade tem uma média de 200 partos mensais sendo destes em média 70% partos vaginais e 30% cesarianas (Dados fornecidos pela Maternidade) e uma média de 1.000 atendimentos mensais no Pronto Atendimento. Conta com uma equipe formada por pelo menos uma Enfermeira Obstétrica por plantão no Pronto Atendimento, sendo este profissional o responsável por realizar todas as Classificações de Risco das gestantes atendidas. Ao chegar na maternidade, a gestante é atendida na recepção, posteriormente o EO a chama para realizar a classificação de risco, esta é uma ferramenta de apoio à decisão clínica que tem como propósito a pronta identificação da paciente crítica ou mais grave, permitindo um atendimento rápido e seguro de acordo com o potencial de risco, com base nas evidências científicas existentes.

Baseia e orienta uma análise sucinta e sistematizada, que possibilita identificar situações que ameaçam a vida (BRASIL, 2017b). A coleta de dados será realizada após aprovação deste Comitê de Ética até junho de 2024, mediante análise de planilha de indicadores de atendimento no Pronto Atendimento, qual possibilitará a procura e análise do prontuário da paciente atendida no Pronto

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3365-1041

Fax: (41)3365-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



UFPR - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 3.815.181

Outros	USTOS_CHC_UFPR.pdf	12:43:51	Trigueiro	Aceito
Outros	cartatocoginecologia.pdf	10/01/2020 12:43:33	Tatiane Hemeira Trigueiro	Aceito
Outros	DECLARACAO_ORIENTADOR_DO_PROJETO.pdf	10/01/2020 12:43:17	Tatiane Hemeira Trigueiro	Aceito
Outros	CARTA_ENCAMINHAMENTO_PESQUISADOR_AO_CEP.pdf	10/01/2020 12:43:02	Tatiane Hemeira Trigueiro	Aceito
Outros	DECLARACAO_COMPROMISSO_EQUIPE_PESQUISA.pdf	10/01/2020 12:42:40	Tatiane Hemeira Trigueiro	Aceito
Outros	checklistEO.pdf	10/01/2020 12:42:14	Tatiane Hemeira Trigueiro	Aceito
Outros	CONCORDANCIA_SERVICO_ENVOLVIDO.pdf	10/01/2020 12:38:46	Tatiane Hemeira Trigueiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MATRIZ_TATIANE_EO.doc	10/01/2020 12:36:10	Tatiane Hemeira Trigueiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_EO.doc	10/01/2020 12:36:04	Tatiane Hemeira Trigueiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DISPENSA_TERMOS_CONSENTIMENTO.pdf	10/01/2020 12:35:59	Tatiane Hemeira Trigueiro	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostohEO.pdf	10/01/2020 12:35:23	Tatiane Hemeira Trigueiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 03 de Fevereiro de 2020

Assinado por:
maria cristina sartor
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.000-900
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br

ANEXO 2 – REGISTRO




CERTIFICADO DE REGISTRO DE DIREITO AUTORAL

A Câmara Brasileira do Livro certifica que a obra intelectual descrita abaixo, encontra-se registrada nos termos e normas legais da Lei nº 9.610/1998 dos Direitos Autorais do Brasil. Conforme determinação legal, a obra aqui registrada não pode ser plagiada, utilizada, reproduzida ou divulgada sem a autorização de seu(s) autor(es).

Responsável pela Solicitação:
CAROLINE SAMPAIO FRANCO

Participante(s):
CAROLINE SAMPAIO FRANCO (Autor) | TATIANE HERREIRA TRIGUEIRO (Autor)

Título:
PROTOCOLO PARA ASSISTÊNCIA AO PARTO VAGINAL DE RISCO HABITUAL
PELO ENFERMEIRO OBSTETRA EM CENTRO OBSTÉTRICO

Data do Registro:
20/07/2021 08:10:20

Hash da transação:
0x38a6de18fe38681332766ec92279e5edc03638fa968cf491ae5cf5a25b4d0d30

Hash do documento:
69d1dd484b78f2fb27c6c258ea1bae7081b54905529c64bfaabc2a9bdd23b584

Compartilhe nas redes sociais








Clique para acessar